A SAÚDE NO BRASIL EM 2030

Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro

Estrutura do Financiamento e do Gasto Setorial

Volume 4

A SAÚDE NO BRASIL EM 2030

Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro

Estrutura do Financiamento e do Gasto Setorial

Volume 4

Revisão
Vera Maria Soares Abrão
Hellen Vieira Pontes

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação
Douglas Rodrigues da Silva — Ad Intra

Apoio técnico
Renata Macedo Pereira

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F981s Fundação Oswaldo Cruz
A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. volume 4 / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.] — Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.
168 p., : il. ; tab. ; graf.

ISBN: 978-85-8110-005-0

1. Sistemas de Saúde-organização & administração. 2. Política de Saúde. 3. Financiamento em Saúde. 4. Perfil de Saúde. 5. Serviços de Saúde. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Alocação de Recursos. 8. Estratégias. 9. Brasil. I. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. II. Ministério da Saúde. III. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. IV. Título.
CDD — 22.ed. — 362.10981

Fundação Oswaldo Cruz
Avenida Brasil, 4.365
Pavilhão Mourisco, Manguinhos
21040-900 — Rio de Janeiro, RJ
Tel. (21) 3885 1616
www.fiocruz.br

Equipe de Preparação

Coordenação Geral
Paulo Gadelha

Organização
José Carvalho de Noronha
Telma Ruth Pereira

Colaboradores

Andrea Barreto de Paiva
Graduação em Economia, especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, e está em exercício na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Danielle da Costa Leite Borges
Graduação em Direiro, Doutora em Direito, revisora do Pan American Journal of Public Health (Pan American Health Organization) e do Health Care Analysis Journal (Springer).

Edvaldo Batista de Sá
Mestre em Economia da Saúde, especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental em exercício na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Isabela Soares Santos
Graduação em Ciências Sociais, Doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp/Fiocruz e Coordenadora do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP/VPPLR/FIOCRUZ).

Luciana Mendes Santos Servo
Graduação em Economia, Mestre em Economia, é Técnica de Pesquisa e Planejamento do IPEA.

Maria Angelica Borges dos Santos
Graduação em Medicina, Doutora em Saúde Pública, é membro do Grupo Executivo da Conta de Saúde do Brasil desde 2006 e atualmente está lotada no Núcleo de Tecnologia e Logística em Saúde da ENSP/FIOCRUZ.

Maria Alicia Domínguez Ugá
Graduação em Economia, Doutora em Saúde Coletiva, é pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisador líder do Grupo de Pesquisa ECONOMIA DA SAÚDE, da Fundação Oswaldo Cruz.

Sérgio Francisco Piola
Graduação em Medicina, Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. É, atualmente, consultor do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pesquisador colaborador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília.

Sheyla Maria Lemos Lima
Graduação em Medicina, Doutora em Saúde Pública, é tecnologista de saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Sumário

Prefácio

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em sua condição de instituição pública estratégica para a Saúde, é agente da dinâmica do desenvolvimento do Estado brasileiro e assim se apresenta ao governo e à sociedade. Essa dimensão estratégica é referência para seu planejamento, sua inserção nas políticas governamentais e seus compromissos com a sociedade.

Este livro é fruto do projeto Saúde Brasil 2030, desenvolvido no bojo do acordo de cooperação técnica assinado pela Fiocruz com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e de convênio pactuado com o Ministério da Saúde. O projeto Saúde Brasil 2030 tem como principal objetivo a constituição de uma rede permanente de prospectiva estratégica no campo da saúde. Os textos resultantes dessa iniciativa, aqui apresentados em sua versão integral, especulam sobre a probabilidade de futuros para a Saúde em 2030, com referência ao ano de 2022, quando se comemora o bicentenário da Independência do Brasil.

Diante dos desafios que o futuro traz, cabe ao Estado articular e induzir políticas econômicas e sociais, no interesse do desenvolvimento com equidade, fomentando o acesso e a inclusão de camadas excluídas, expandindo e assegurando direitos sociais às parcelas significativas da população ainda marginalizadas e sem os ganhos advindos do progresso e da riqueza.

O setor Saúde contribui de forma crescente para o dinamismo econômico das sociedades, e sua integração com outros setores, como Ciência e Tecnologia, Educação, Comércio Exterior e Política Industrial, entre outros, pode influir decisivamente no modelo de desenvolvimento de nosso país.

É imperioso planejar em prazos mais longos, dada a complexidade do setor Saúde e dos nítidos processos de transformação e inovação em curso nas suas diversas áreas de atuação. Não se trata apenas de criar imagens de futuro, mas, especialmente, de auxiliar na gestão estratégica, mediante diretrizes para o alinhamento das ações com um cenário de futuro desejável para nosso país.

Os textos aqui apresentados são o ponto de partida do esforço prospectivo, e não seu resultado. São lançados a debate público por especialistas a partir de sua conclusão. Com isso a Fiocruz contribui para a formulação de políticas públicas em saúde, educação, ciência e tecnologia e inovação em saúde, reafirmando sua posição na defesa e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por seu desenvolvimento e alcance de padrão sustentável, assegurando a realização plena de seus princípios e possibilitando as necessárias conquistas sociossanitárias.

Paulo Gadelha
Presidente da Fiocruz

Apresentação

Este volume, **Estrutura do Financiamento e do Gasto Setorial**, apresenta artigos que abordam os problemas e perspectivas do financiamento da Saúde no Brasil, bem como as estruturas do financiamento e do gasto setorial, o papel do financiamento público e privado na prestação dos serviços de saúde, suas repercussões sobre a oferta de serviços e os modos de pagamento e compra de serviços.

No artigo "Estruturas de Financiamento e Gasto do Sistema Público de Saúde" analisam-se a evolução do financiamento e gasto do SUS, nos últimos anos; as perspectivas para o financiamento do sistema e a viabilidade de que os três níveis de governo mantenham ou ampliem a alocação de recursos para a Saúde (volume) e sua participação na riqueza nacional (participação no PIB).

No ensaio "*Mix* Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Realidade e Futuro do SUS" as autoras procuram investigar o modo como os arranjos públicos e privados afetam a oferta de serviços de saúde, interferindo na sustentabilidade do setor e refletindo, ainda, sobre a formulação de políticas de investimento e de melhorias do SUS, bem como sobre as perspectivas de regulação das relações entre os diferentes segmentos que compõem o setor Saúde.

O artigo "Sistemas de Alocação de Recursos a Prestadores de Serviços de Saúde" apresenta histórico das modalidades de pagamento de serviços predominantes no país e suas implicações para as decisões de investimento, incorporação de tecnologia e qualidade da assistência à saúde. A sistematização das formas de remuneração dos prestadores de serviços em vigor na experiência internacional, abordando-se tanto os sistemas tradicionais como sistemas mistos e experiências mais recentes, permite discutir a aplicabilidade dessas experiências ao sistema brasileiro.

O esforço inicial do projeto Saúde Brasil 2030 consistiu em percorrer os temas mais relevantes para o desenho de horizontes futuros do sistema de prestação de cuidados à saúde no Brasil, tendo como ano de referência 2030. Nesta primeira etapa, esses temas foram organizados em blocos e, para cada um deles, identificados com base no conhecimento já produzido e acumulado os elementos essenciais que os compõem e que permitem o desenvolvimento do exercício prospectivo, bem como as lacunas de conhecimento a serem preenchidas. O produto desta etapa é publicado e divulgado para debate público, orientando a conformação de redes de conhecimento que serão constituídas para as etapas subsequentes do projeto.

Adotou-se como metodologia a chamada prospecção estratégica, que teve suas origens, nos anos 1980, no campo da administração e foi empregada, posteriormente, no domínio das políticas públicas (HABEGGER, 2010).1 Para esse autor, a prospecção estratégica pode ser definida como uma tentativa deliberada de alargar as "fronteiras da percepção" e expandir a capacidade de atenção em relação a temas e situações emergentes.

A prospecção estratégica, de acordo com Habegger, citando uma proposta de Müller, integra as perspectivas, procedimentos e ferramentas tanto das pesquisas de tendências quanto dos estudos de futuros. De um lado, a pesquisa de tendências lida com a detecção precoce e interpretação nos campos econômico, político, social e tecnológico e objetiva avaliar o impacto das mudanças tanto na sociedade como nos indivíduos. Os estudos de futuro, por outro lado, capturam e antecipam desenvolvimentos futuros nesses domínios, de modo a gerar visões de como a sociedade evolui e das opções de políticas que estão disponíveis para se modelar um futuro desejado.

Para Habegger, o processo de prospecção estratégica pode ser conceituado e implementado de várias maneiras, mas a maioria dos estudiosos segue uma lógica bastante semelhante que divide tal processo em três fases:

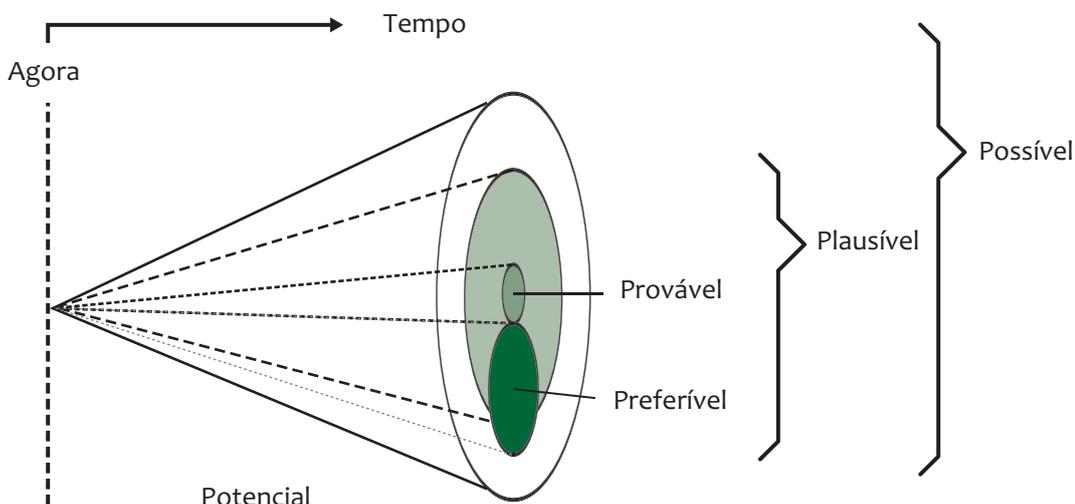
- a detecção precoce e a análise da informação;
- a geração de conhecimento prospectivo;
- o desenvolvimento das opções (de políticas) futuras.

A primeira fase envolve a identificação e o monitoramento contínuo dos temas, tendências, desenvolvimento e mudanças dos processos em estudo. A segunda fase implica a avaliação e entendimento dos desafios para a implementação das diferentes políticas. E a terceira assenta-se na formulação dos futuros desejados e das ações políticas necessárias para alcançá-los. Isso implica explorar diversos "futuros" ou cenários alternativos.

Neste contexto prospectivo, assumimos três cenários alternativos:

- cenário desejável e possível;
- cenário inercial e provável;
- cenário pessimista e plausível.

Impôs-se às categorias de "futuros" desejáveis a condição de possibilidade, isto é, a capacidade de concretização no horizonte temporal contemplado. Este esquema (Figura 1), em que os horizontes possíveis foram estabelecidos apenas como diretrizes de políticas desejáveis, é inspirado por Voros.

Figura 01. Cone de "Futuros"

Fonte: Voros, J. A generic foresight process framework, Foresight 5 (3) (2003) 10-21, citado por Habegger B. Strategic foresight in public policy: Reviewing the experiences of the UK, Singapore, and the Netherlands. Futures 42 (2010) 49-58.

Nos estudos procurou-se especular, com razoável fundamentação, sobre a probabilidade desses futuros. Consistem em textos de partida para o esforço prospectivo, e não o seu resultado. Devem ser considerados, assim, como termos de referência em torno dos quais se prolongará a prospecção estratégica para cada um dos domínios abordados, através da constituição de uma rede de conhecimento para ampliação e amplificação do debate e dos estudos futuros que serão desencadeados a partir desta aventura inicial.

O volume 1, **Desenvolvimento, Estado e Políticas de Saúde**, objetiva desenhar um pano de fundo para os outros capítulos diretamente voltados para a questão da saúde. Abrange os seguintes temas: cenários de desenvolvimento para 2022-2030, os eixos para o desenvolvimento do país, a saúde na política nacional de desenvolvimento, a gestão pública no Século XXI, e o Brasil na arena internacional como nação soberana e cooperativa.

O volume 2, **População e Perfil Sanitário**, analisa os determinantes sociais, econômicos e ambientais da Saúde, abordando o cenário sociodemográfico em 2022 e 2030, a distribuição territorial da população, traçando um diagnóstico do comportamento atual dos fenômenos demográficos no país e refletindo a respeito das tendências futuras desses processos. Examina-se, ainda, o perfil epidemiológico no horizonte temporal proposto, assinalando-se os problemas de saúde que vêm se agravando, como a violência, a dengue, o diabetes, a obesidade, ao lado das doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias que configuram riscos sanitários para o país no futuro próximo.

No Volume 3 são tratados temas relacionados à **Organização e Gestão do Sistema de Saúde**, assinalando-se os princípios do sistema de saúde brasileiro. Inicialmente, aborda-se a gestão do nível federal do sistema (administração direta, agências reguladoras, fundações nacionais, empresas públicas nacionais) na condução da política nacional e na gestão do sistema de saúde no Brasil. No capítulo "A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil" são examinados os mecanismos de coordenação federativa adotados na política de saúde brasileira, o marco regulatório, as estruturas e instrumentos de pactuação e gestão intergovernamental e o modelo de transferências intergovernamentais no financiamento do SUS. No capítulo "Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais", são explorados os arranjos na diversidade territorial brasileira diante das mudanças demográficas e epidemiológicas projetadas e a modelagem de soluções integradoras horizontais e verticais. No artigo "Formação, Mercado de Trabalho e Regulação da Força de Trabalho em Saúde no Brasil", explora-se um conjunto de temas que envolvem a evolução do mercado de trabalho em saúde e desenvolvimento social, a formação e qualificação para o trabalho em saúde e profissões e regulação profissional. E, finalmente, no capítulo "Participação e controle social" analisa-se a participação social institucionalizada em conselhos e conferências de Saúde ao longo dos 22 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Volume 5, **Desenvolvimento Produtivo e Complexo da Saúde,** compõe-se de cinco artigos: "A Dinâmica de Inovação e a Perspectiva do CEIS para a Sustentabilidade Estrutural do Sistema de Saúde Brasileiro"; "Indústrias de base Química e Biotecnológica voltadas para a Saúde no Brasil: Panorama atual e Perspectivas para 2030"; "O Subsistema de base Mecânica, Eletrônica e de Materiais do Complexo Econômico Industrial da Saúde: Perspectivas para 2022/2030"; "Análise do Subsistema de Serviços em Saúde na dinâmica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde" e "Infraestrutura Científica e Tecnológica para Apoio ao CEIS — Segmento Biofarmacêutico".

José Carvalho de Noronha

Estrutura do Financiamento e do Gasto Setorial

Estruturas de Financiamento e Gasto do Sistema Público de Saúde

ESTRUTURAS DE FINANCIAMENTO E GASTO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE[1]

Sérgio Francisco Piola
Luciana Mendes Santos Servo
Edvaldo Batista de Sá
Andrea Barreto de Paiva

1 | INTRODUÇÃO

Os dispêndios com saúde tem sido objeto de preocupação em quase todos os países. Representavam 3% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial em 1948 e passaram para 8,7% do PIB em 2004 (OPAS, 2007). No período 1998-2003, a taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde (5,7%) superou a taxa média de crescimento da economia mundial que foi de 3,6% (HSIAO, 2007).

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, que já investem parcela considerável do seu PIB no setor, as atenções estão cada vez mais voltadas para a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que maior nível de dispêndios é condição insuficiente para alcançar melhores condições de saúde (HSIAO, 2007) e nem resolve, por si só, as iniquidades no acesso aos serviços. Nos países mais pobres, por sua vez, é premente a necessidade de estender o acesso aos serviços de saúde, de forma igualitária, a toda população, de melhorar a qualidade do atendimento e de buscar formas de suprir o financiamento setorial em concorrência com outras exigências de desenvolvimento social e econômico (PIOLA *et. al.*, 2008).

Complementando a preocupação com o volume, a eficiência e a efetividade dos gastos com saúde têm sido destacadas como objetivos essenciais para o aperfeiçoamento dos sistemas de financiamento do setor: (i) a proteção financeira contra os riscos do adoecimento[2]; (ii) a equidade no financiamento[3]; (iii)

---

1 Este texto serviu de base para seção da publicação "A Saúde no Brasil em 2030 — Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro", Fundação Oswaldo Cruz. (et. al.). Rio de Janeiro:Fiocruz/IPEA/MS/SAE/PR, 2012 e para elaboração de artigo publicado da revista Análise Econômico, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2 Um sistema de financiamento para a saúde deveria criar proteções contra o risco de empobrecimento relacionado ao uso de serviços de saúde (WAGSTAFF e van DOORSLAER 2003; KUTZIN, 2010).

3 A equidade no financiamento implicaria uma distribuição progressiva ou, pelo menos, proporcional do financiamento com relação à renda (WAGSTAFF ***et al***, 1999).

a busca, via alocação de recursos, de equidade no acesso e utilização de serviços de saúde[4].

De maneira geral, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas. Nestes países a maior parte do gasto privado é realizada sob a forma de pré-pagamento (planos e seguros privados). O desembolso direto, forma mais iníqua e excludente de financiamento, é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres (OMS, 2000)[5]. Nos países de renda alta, as fontes administradas pelo setor público se responsabilizam, em média, por mais de 60% do gasto total, enquanto que nos países de renda baixa a participação do setor público não chega a 25% do dispêndio total (SCHIEBER *et. al.*, 2007).

No Brasil o sistema de saúde é pluralista tanto em termos institucionais[6] quanto de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: (i) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto por 1.174 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e 427de planos exclusivamente odontológicos (BRASIL, ANS, 2012)[7]; (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO *et al*, 2005).

O Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tinha um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8,8% do PIB (IBGE, 2012). Esse percentual é baixo quando comparado com o observado nos Estados Unidos (15,7%), mas é bastante próximo ao de outros países

---

4 Os modos de financiamento deveriam buscar a equidade na utilização dos serviços (PRADHAN e PRESCOTT, 2002; KUTZIN, 2010). Isso implicaria que os recursos deveriam ser distribuídos de acordo com as necessidades de saúde da população e não de acordo com sua capacidade de pagamento (OMS, 2000; KUTZIN, 2010).

5 Estudos sobre gastos catastróficos em saúde têm demonstrado uma forte associação entre elevada participação do gasto direto do bolso no gasto total em saúde e o percentual de famílias que incorrem em gasto catastrófico (XU *et. al.,* 2005). Estimativas utilizando a POF indicam que o percentual de famílias brasileiras incorrendo em gasto catastrófico seria menor do que aquele obtido utilizando a Pesquisa de Condições de Vida (PPV), provavelmente por aquela ser uma pesquisa que capta melhor os gastos e por ter cobertura nacional. Outra questão é quanto o SUS influencia esse resultado (DINIZ *et. al.*, 2007). Outros estudos comparando países têm mostrado que sistemas de pré-pagamento compulsório (via tributação geral ou seguro de saúde compulsório) tendem a ser mais equitativos que sistema de pré-pagamento voluntário. Os pagamentos diretos do bolso seriam a forma mais regressiva de financiamento (WAGSTAFF *et. al.*, 1999; KUTZIN, 2010).

6 Sua estrutura é composta por entes públicos (federais, estaduais e municipais) e privados (com e sem fins lucrativos).

7 Estas informações referem-se às operadoras em atividade naquele período.

da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido (8,4%), Espanha (8,5%) e Austrália (8,9%) que também possuem sistemas universais (WHO, 2010).

O problema do Brasil, se assim pode ser chamado, é que o gasto público é muito baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Esse gasto foi estimado em 3,8% do PIB em 2009 (IBGE, 2012)[8]. Em 2007, o gasto público com saúde foi responsável por 42% dos recursos aplicados em saúde, enquanto nos países da OCDE, a participação do gasto público no financiamento do sistema representa, em média, 70% da despesa total[9].

O subfinanciamento da saúde pública, por um lado, e o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde, por outro, contribuem para que a participação do gasto público com no gasto total com saúde seja menor que o gasto privado, transformando o Brasil no único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público.

Este texto pretende analisar o financiamento público da saúde em aspectos que dizem respeito ao volume destes recursos bem como a forma como esse dinheiro é gasto saúde. Desta forma, a seção 2 faz uma breve discussão sobre o financiamento público da saúde destinado ao setor privado, sob a forma de renúncia fiscal e ressarcimento (ou a falta deste) devido ao SUS por parte do setor privado. Nesta seção, também será discutido de forma mais detalhada o financiamento público destinado a serviços de acesso universal, ou seja, o gasto do SUS. Assim, serão tratadas questões referentes ao volume de recursos que financiam a saúde pública, incluindo o histórico do financiamento da saúde, a evolução do gasto público total, o impacto macroeconômico e fiscal destes recursos, dentre outros. Na seção 3, a ideia é discutir como estes recursos destinados à saúde de acesso gratuito e universal são repartidos, incluindo questões sobre a distribuição regional do gasto, programática e por modalidade de aplicação. Por fim, serão traçados cenários até o ano de 2030 referentes aos gastos públicos com saúde das três esferas.

---

8 O gasto público estimado na Conta-Satélite pelo IBGE ainda não inclui algumas despesas como: a assistência médica dos servidores civis dos três níveis de governo, com exceção do realizado pelo Ministério da Saúde (MS); os serviços de saúde dos hospitais universitários públicos estadual e municipal; e as *"despesas de órgãos vinculados às secretarias de segurança pública e defesa civil (como as redes do sistema penitenciário, de órgãos de defesa civil e de órgãos policiais civil e militar)"* (IBGE, 2009b) Com relação à assistência médica a servidores, sua inclusão mais integral nas Contas-Satélites de Saúde (CSS) do Brasil depende da obtenção de informações sobre esses benefícios concedidos pelos órgãos públicos das três esferas de governo.

9 Este percentual varia de variando de 67,5% (Austrália) a 84,1% (Noruega). Os Estados Unidos constituem a exceção mais importante a essa regra por ter um gasto privado superior a 50% do total (OMS, 2008).

2 | FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE: UMA DISCUSSÃO SOBRE O VOLUME DE RECURSOS

O financiamento público é uma das formas pela qual os segmentos que compõem as quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde — SUS, planos e seguros privados, assistência a servidores públicos e privados autônomos — se comunicam. No caso do setor público, principalmente em relação aos serviços de acesso universal, esse financiamento ocorre de forma mais direta e preponderante. No setor privado, o financiamento público ocorre de forma indireta, por meio de renúncias fiscais, da utilização de serviços públicos para os quais poderia caber ressarcimento de planos e seguros de saúde e de outros mecanismos de incentivos públicos ao setor privado. As renúncias incluem as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, as deduções do imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos.

Neste contexto, o tópico a seguir traz uma breve discussão sobre os subsídios públicos destinados ao setor privado. Dando continuidade, serão tratadas de forma mais detalhada e consistente as informações sobre o volume de recursos que financiam a saúde pública, considerando os antecedentes que contribuíram para a atual configuração do financiamento público, bem como a evolução deste montante de recursos.

2.1 | Subsídios Públicos ao Setor Privado: renúncia fiscal e ressarcimento

A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima para 2013 uma renúncia de arrecadação federal de quase R$ 21 bilhões devido às isenções, deduções e desonerações na área de saúde[10]. Contudo, esse número pode estar subestimado. Em 2010, por exemplo, a renúncia de arrecadação foi de mais de R$ 16,1 bilhões e o valor estimado era de aproximadamente R$12,3 bilhões.

Como pode ser visto na tabela 1, uma grande parcela do chamado gasto tributário[11] deve-se a benefícios concedidos por meio do Imposto de Renda (IR)[12]. As

---

10 http://www.receita.fazenda.gov.br/publico/estudotributario/BensTributarios/2013/DGT2013.pdf. Acesso em 15/02/2013.

11 O gasto tributário é definido pela SRF como a perda de arrecadação devido a desonerações tributárias que se constituam alternativa às ações políticas de governo e tenham por objetivo: i) compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo; ii) compensar ações complementares às funções típicas de estado desenvolvidas por entidades civis; iii) promover a equalização das rendas entre regiões; e/ou iv) incentivar determinado setor da economia. As desonerações tributárias são todas e quaisquer situações que promovam: presunções creditícias, isenções, anistias, reduções de alíquotas, deduções, abatimentos e diferimentos de obrigações de natureza tributária (SRF, 2012).

12 A renúncia tributária relacionada a pagamentos feitos diretamente pelos indivíduos aos prestadores de serviços de saúde ou para pagamentos de planos e seguros de saúde não tem a mesma natureza das isenções concedidas

pessoas jurídicas e as pessoas físicas podem deduzir as despesas com saúde da base de cálculo desse imposto. O gasto tributário nessas duas modalidades para o ano de 2010 foi de algo em torno de R$ 2,6 e R$ 7,8 bilhões respectivamente, totalizando quase R$ 10,4 bilhões[13]. Este montante de recursos é significativo quando comparado ao gasto direto com ações e serviços públicos de saúde, isto é, o gasto SUS, que foi de aproximadamente R$139 bilhões para esse ano. Vale lembrar que enquanto o gasto SUS beneficia toda a população brasileira, aproximadamente 191 milhões de pessoas em 2010, estes recursos beneficiam apenas os declarantes e seus dependentes que tiveram despesas com saúde relativas ao ano-calendário 2010 dedutíveis do imposto de renda e os empregados e seus dependentes que tiveram planos ou seguros de saúde pagos por seus empregadores no mesmo período.

Tabela 01. Gastos tributários efetivamente realizados — Ano Calendário 2010

Modalidade	(R$ milhões)	
	Tributo	Valor
Despesas com Saúde das PF	IRPF	7.806
Despesas com Saúde das PJ	IRPJ	2.580
Entidades Sem Fins Lucrativos	IRPJ, CSLL, COFINS	2.098
Medicamentos	PIS, COFINS	2.844
Produtos Químicos e Farmacêuticos	PIS, COFINS	770
Total		16.098

Fonte: SRF (2012).

IRPF: Imposto de Renda de Pessoa Física. IRPJ: Imposto de Renda de Pessoa Jurídica. CSLL: Contribuição Social sobre o Lucro Líquido. PIS: Programa de Integração Social. COFINS: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

A comparação é mais expressiva quando são considerados alguns programas específicos. O gasto tributário via Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

---

para medicamentos e para entidades sem fins de lucro (filantrópicas). Essa diferença é relacionada não somente a população beneficiada, mas, também, aos requisitos para sua concessão. A princípio pode-se pensar que os hospitais filantrópicos, por sua obrigatoriedade de atender o SUS, têm um perfil de oferta de serviços e de cobertura populacional mais equitativo. Contudo, seria necessário fazer um estudo sobre os benefícios sociais líquidos dessas isenções (volume de benefícios tributários, perfil da população beneficiada e estimativa dos impactos sociais). Por sua vez, a desoneração tributária sobre medicamentos atinge, indistintamente, a todos os consumidores. Assim, destaca-se a necessidade de estudar melhor cada uma dessas modalidades de gastos tributários relacionados à saúde. A dificuldade para isso tem sido obter dados desagregados para realizar análise mais detalhadas.

13 Em 2012, foi apresentada mudança metodológica no levantamento das estimativas da renúncia fiscal concedida no IRPF. A mudança metodológica consistiu na divisão dos contribuintes por faixas de renda e aplicação da alíquota marginal específica de cada faixa correspondente sobre o valor dos rendimentos isentos e não tributáveis e sobre as deduções do rendimento tributável, enquanto que anteriormente, era aplicada a alíquota média do imposto de renda da pessoa física sobre o total desses valores. Essa mudança implicou em aumento das estimativas da renúncia fiscal concedida no IRPF (SRF, 2012).

foi superior em quase R$1,9 bilhão ao gasto em 2010 com o Piso da Atenção Básica Variável, que financia a estratégia Saúde da Família e foi de aproximadamente R$ 5,9 bilhões, e em mais de R$4 bilhões ao gasto com o Piso de Atenção Básica Fixo, que foi de R$ 3,7 bilhões. Isto é, os recursos que deixam de ser arrecadados somente com os descontos concedidos no IRPF superam os recursos alocados para programas do SUS que são críticos para o bom funcionamento do sistema público e devem beneficiar toda a população brasileira e não somente a parcela que usa o sistema privado.

Diversos autores argumentam que a renúncia fiscal termina por beneficiar indiretamente os serviços privados de saúde em geral e as operadoras de planos e seguros de saúde em particular, ao incentivar o consumo dos seus produtos.

A saúde suplementar também se beneficia quando o SUS atende a pacientes que são usuários de planos e seguros de saúde de dois modos: i) quando não há ressarcimento dos custos do atendimento prestado pelo SUS; e, ii) quando há ressarcimento ao SUS usando a Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos — TUNEP[14]. De acordo com o último Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS (BRASIL, ANS, 2009), entre setembro de 1999 e junho de 2006 foram identificados 992.110 atendimentos hospitalares do SUS prestados aos beneficiários de planos e seguros de saúde[15]. O valor desses atendimentos superou R$ 1,4 bilhão. Contudo, quase 73% dos atendimentos identificados tiveram seu pedido de ressarcimento impugnado pelas operadoras. Assim, quando da elaboração do Caderno, apenas 473.540 atendimentos, no valor de aproximadamente R$ 652 milhões, eram passíveis de ressarcimento e apenas 76.675, no valor de R$ 97,3 milhões, tinham sido efetivamente ressarcidos. Os demais valores estavam pendentes de decisões administrativas ou judiciais.

O ressarcimento foi instituído pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, mas sua implementação encontra resistência por parte das operadoras. Uma das alegações que têm sido utilizadas para não ressarcir o SUS tem sido a garantia constitucional de acesso aos serviços públicos de saúde por todos os brasileiros. O ressarcimento também enfrenta a resistência de alguns críticos que consideram que os valores envolvidos e as dificuldades para o ressarcimento efetivo não superam os custos da estrutura necessária para sua cobrança. Quanto aos valores envolvidos, vale lembrar, que dificuldades administrativas, como a falta de identificação do usuário na maioria dos procedimentos realizados pelo SUS, impedem a ANS de incluir no ressarcimento os demais tipos de atendimento.

---

14 Como os valores estabelecidos na TUNEP não podem ser superiores à média dos valores praticados na Saúde Suplementar, pode ser vantajoso financeiramente para as operadoras usarem os serviços do SUS.

15 Observe-se que este registro de procedimentos com vistas ao ressarcimento envolve, até o momento, apenas as internações hospitalares. Não estão incluídos atendimentos ambulatoriais.

2.2 | Financiamento da Saúde Pública: antecedentes[16]

No início da década de 1980, a saúde contava com recursos originários de duas fontes: previdência social e orçamento fiscal. Os recursos previdenciários eram destinados, basicamente, para a assistência médico-hospitalar das pessoas que participavam do mercado formal de trabalho, ao passo que os recursos fiscais financiavam as ações típicas de saúde pública (basicamente vigilância, controle de doenças transmissíveis e vacinação) e algumas ações de assistência médica para a população não vinculada ao sistema previdenciário (IPEA, 2009a; VIANNA, 1992). A assistência à saúde para estes últimos dependia em grande parte da ação de entidades filantrópicas. Os dois orçamentos, historicamente, tiveram participação bastante desigual no gasto federal com saúde: *"Entre 1980 e 1986 o Tesouro teve participação relativa crescente, embora nunca superior a 32,1%, caindo em 1987 para 27,1%"* (VIANNA, 1992). Assim, conviviam dois sistemas com coberturas muito diferenciadas tanto em termos do tipo de assistência à saúde prestada à população quanto no que se refere ao seu financiamento.

Além disso, a participação estimada de cada ente da federação no financiamento era muito desigual. Segundo estimativas de Barros, Piola e Vianna (1996), em 1980, a União respondia por 75% das despesas com saúde, enquanto os estados respondiam por 17,8% e os municípios por 7,2%.

A CF/88, ao criar a Seguridade Social, estabeleceu que ela deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e de contribuições sociais. Esses recursos, no âmbito do Governo Federal, seriam divididos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde, e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Essa lei deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde.

Segundo Vianna (1992), o percentual de 30% não foi cumprido em 1990 e 1991. No ano seguinte, diz que só foi possível cumpri-lo porque foram contabilizadas ações de saneamento básico, apoio nutricional, saúde do trabalhador, merenda, encargos com inativos e pensionistas do MS, entre outras, como parte do orçamento da saúde.

Em 1993, as contribuições previdenciárias deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da saúde. Nesse ano, apesar da previsão de recursos para a saúde, nada foi repassado com base na alegação de problemas de caixa na Previdência. Esse fato agravou a situação de incerteza e de instabilidade do financiamento da saúde (MENDES; MARQUES, 2009).

---

16 Este item é uma versão atualizada do constante em Servo et al (2011).

Adicionalmente, ainda que a CF/88 também estabelecesse que parte das receitas de estados e municípios devesse ser aplicada em saúde, ela não estabelecia um percentual mínimo de aplicação. Assim, nos primeiros anos após a promulgação da CF 88, estima-se que a maior parte dos recursos públicos destinados para o SUS estava concentrada no nível federal (BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996).

Na busca por recursos, a saúde recorreu inclusive a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Essa situação emergencial levou à necessidade de se pensar em alternativa para a superação da crise de carência de recursos, a qual pareceu apresentar-se na forma da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996[17] (Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996).

A CPMF surge com o acréscimo do art. 74 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Emenda Constitucional nº 12, de 15/08/1996), que permitiu à União instituir esse tipo de contribuição. A fundamentação para sua cobrança foi a necessidade de financiamento da Seguridade Social, mais especificamente da área de saúde. A previsão legal era que o produto de sua arrecadação seria integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde (artigo 18, da Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996).

Inicialmente vigorando como percentual de 0,20% sobre movimentações financeiras, em junho de 1999[18], a CPMF foi prorrogada até 2002, com alíquota de 0,38%. Tal elevação teve como justificativa prover recursos para a Previdência Social. Em 2002 a CPMF foi prorrogada, o que ocorreu novamente em 2004, tendo vigorado até dezembro de 2007.

Ao entrar em vigor, a CPMF passou a ser uma das principais fontes de financiamento do MS. Em 1997 já respondia por 27,8% do total de recursos, tendo alcançado 38,4% em 2002 e daí por diante, até 2007, mantendo-se em torno de 30%. Em média, no período entre 1997 e 2007, a CPMF respondeu por 1/3 do total dos recursos do MS (SERVO *et al*, 2011).

O caráter provisório da CPMF sempre preocupou os gestores da saúde, que continuaram trabalhando por solução mais abrangente e definitiva. No legislativo diversas propostas foram apresentadas. O ponto em comum entre elas era a busca pela vinculação para a saúde dos recursos orçamentários dos três níveis de governo.

---

17 A CPMF surge como herdeira do antigo Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), que foi instituído em 1993 com previsão para vigorar até 1994, quando foi extinto. Esse imposto não tinha vinculação com a saúde, mas abriu espaço para a criação da CPMF.

18 Os aumentos da CPMF também trouxeram o compartilhamento de recursos com outras áreas. O recurso que inicialmente era destinado somente para a área de saúde, a partir de 1999 passou a ser destinado também à previdência e, em 2001, ao Fundo de Combate à Pobreza. Particularmente a partir de 2001, manteve-se a arrecadação de 0,20% para a saúde e os recursos adicionais foram destinados a outros setores sociais.

Várias propostas de vinculação de recursos para a saúde começaram a tramitar[19] no Congresso Nacional, algumas delas anteriores a própria criação da CPMF, como a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169-A, encaminhada ainda em 1993. Essa proposta foi sendo alterada e aglutinada a outras iniciativas de lei mencionadas a seguir. A PEC 169-A trazia a proposta de alteração do artigo 198 da Constituição Federal que teria a seguinte redação:

> *A União aplicará anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de trinta por cento das receitas de contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social e dez por cento da receita resultante dos impostos. [...] Os Estados, o DF e os municípios aplicarão anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de 10% das receitas resultantes dos impostos.*

Ao longo desse processo destacam-se outras propostas como a PEC[20] que propunha destinar recursos equivalentes sempre a 5% do PIB do ano anterior para o financiamento da saúde e a PEC 82-A, que determinava que os recursos da e da CSLL fossem destinados integralmente à saúde, assegurando também um patamar mínimo de recursos por parte dos outros entes federados (MARQUES; MENDES, 1999 *apud* CONASS, 2007).

> *Nesse mesmo ano de 1998, a Comissão Especial que avaliou a PEC 82-A, tendo como relator o Deputado Urcisino Queiroz (BA), elaborou substitutivo que compatibilizou aspectos das propostas dos deputados Carlos Mosconi, Eduardo Jorge e outros. Após intensas negociações foi aprovada pela Câmara, em votação de dois turnos, como a PEC n. 82-C. Essa proposta tramitou no Senado como PEC 86-A e acabou sendo aprovada e promulgada como Emenda Constitucional n. 29.* (CONASS, 2007, p. 31)

A Emenda Constitucional 29 (EC 29) assegurou a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos. No caso da União, os recursos a serem aplicados em 2000 corresponderiam ao montante empenhado no exercício de

19 "A vinculação de recursos para o SUS não é pretensão recente. Já constava da proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) criada, em 1986, por recomendação da VIII CNS. A CNRS pretendia vincular à saúde recursos equivalentes a 10% do PIB (WHO, 2003). Em valores atuais (2005) esse percentual representaria cerca de R$ 193,7 bilhões, um valor em torno de 37% das receitas das três esferas governo." (CONASS, 2007, p. 29).

20 PEC de autoria do deputado José Aristodemo Pinotti.

1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB, regra esta que permaneceu valendo com a regulamentação da EC-29 pela Lei Complementar 141/2012. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada[21]; ao passo que os municípios deveriam aplicar 15%, e, em 2000, o percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da federação. (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005; CONASS, 2007).

Observa-se que o fim da CPMF, em 2007, não gerou uma crise nas mesmas proporções daquela observada em 1993, quando o Ministério da Saúde foi buscar recursos de empréstimos via FAT. Aparentemente, a vinculação de recursos da EC 29 garantiu um mínimo de estabilidade no financiamento da saúde e, pode-se dizer, trouxe aumento, sobretudo a partir de 2004, no aporte de recursos por parte da União (SERVO *et al*, 2011). De qualquer forma, parte significativa do aumento de recursos para o SUS, como decorrência da EC 29, veio da ampliação da participação de estados e municípios no financiamento do SUS (BIASOTO JR., 2003, entre outros), como será discutido a seguir.

2.3 | Evolução do gasto público total: efeitos da EC 29 de 2000

A aprovação da EC 29 teve impactos diferenciados em cada ente da Federação. Segundo estimativas de Piola e Vianna (1992, *apud* BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996), durante a década de 80, a União participava, em média, com 75% dos recursos públicos alocados em saúde. Outra estimativa do IPEA para o ano de 1996 indica que a União respondia por 63% do total, os estados, 20,7%, e os municípios, 16,4% (FERNANDES *et al*, 1998)[22]. A EC 29 começou a ter vigência em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então sua participação foi decrescendo, para alcançar cerca de 45% em 2011. Nesse mesmo período, entre 2000 e 2011, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 29,6%, de acordo com os dados do SIOPS (ver Tabela 2).

---

21 A receita vinculada refere-se à base de cálculo para aplicação mínima dos recursos em saúde. A base de cálculo dos estados compreende as receitas de impostos estaduais (ICMS, IPVA, ITCMD), as receitas de transferência da União (FPE, IPI, Lei Kandir), o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), outras receitas correntes (receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária) e exclui as transferências constitucionais e legais a municípios (ICMS, IPVA e IPI — exportação). A base de cálculo dos municípios abrange as receitas de impostos municipais (ISS, IPTU, ITBI), as receitas de transferências da União (FPM, ITR, Lei Kandir), o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), as receitas de transferências do estado (ICMS, IPVA, IPI — exportação) e outras receitas correntes (receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária).

22 Existem diferenças entre as metodologias e as bases de dados utilizadas pelo IPEA nos anos 1990 e pelo SIOPS a partir da EC 29. Entre outras, a análise feita pelo IPEA refere-se ao gasto funcional, ao passo que as análises feitas pelo SIOPS referem-se ao gasto com “ações e serviços públicos de saúde”, conforme definido na Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, com respeito ao que deve ser considerado para efeitos de cumprimento da EC29. Com isso as informações não são efetivamente comparáveis, porém, isso não impossibilita que sejam utilizadas para analisar tendências.

Tabela 02. Gasto das Três Esferas com Ações e Serviços Públicos em Saúde 2000 a 2011

Ano	ESFERA						Total
	Federal	% no Total	Estadual	% no Total	Municipal	% no Total	
2000	41,31	59,8%	12,82	18,5%	14,96	21,7%	69,09
2001	42,70	56,1%	15,71	20,7%	17,65	23,2%	76,07
2002	43,34	52,8%	17,66	21,5%	21,08	25,7%	82,07
2003	41,51	51,1%	18,67	23,0%	21,02	25,9%	81,20
2004	46,85	50,2%	22,96	24,6%	23,51	25,2%	93,33
2005	49,80	49,7%	23,11	23,1%	27,19	27,2%	100,10
2006	52,44	48,4%	25,48	23,5%	30,37	28,0%	108,28
2007	55,01	47,5%	28,02	24,2%	32,81	28,3%	115,84
2008	57,18	44,2%	32,81	25,4%	39,24	30,4%	129,23
2009	65,27	45,8%	36,13	25,4%	40,98	28,8%	142,38
2010	66,08	44,1%	39,74	26,5%	44,08	29,4%	149,90
2011	72,33	44,7%	41,50	25,7%	47,94	29,6%	161,77

Fonte: SPO/MS (Esfera Federal) e SIOPS (Esferas Estaduais e Municipais - extraídos em 13 de junho de 2011).

Notas:

(1) O Gasto Federal ASPS está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortizações de Dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do Gasto Federal ASPS, também considera os valores executados na UO 74202 – Recursos sob supervisão da ANS até 2007. A partir de 2008, a SPO começou a excluir esta UO do cômputo de gasto em ASPS.

(2) O Gasto Estadual ASPS foi extraído de Notas Técnicas produzidas pelo SIOPS com a análise dos balanços estaduais (2000 a 2008). Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do SIOPS, em conformidade com as diretrizes da resolução CNS 322/03 e EC 29/00. Em 2009 e 2010, foram utilizados os dados dos 27 estados que transmitiram ao SIOPS (posição 27 de novembro de 2012). Em 2011, foram utilizadas as informações das 26 UFs que transmitiram até dia 27 de novembro de 2012. Em relação a Alagoas, que ainda não havia transmitido até esta data, atualizou-se a informação de 2010 baseado no crescimento anual médio observado nos últimos 2 anos. Aguardamos a análise de balanço dos respectivos anos para a atualização final deste gasto.

(3) O Gasto Municipal ASPS foi extraído da base do SIOPS em 27 de novembro 2012. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2010. Em 2000, 96% transmitiram os dados ao SIOPS e em 2011este percentual foi de 98%.

* Dados preliminares. Sujeitos à revisão após a análise de balanço.

Esse aumento da participação de estados e municípios no financiamento da saúde implicou, na prática, num incremento real de recursos para saúde da ordem de R$ 61,6 bilhões. A participação dessas instâncias de governo no financiamento do SUS passou de R$ 27,7 bilhões em 2000 para R$ 89,4 bilhões em 2011. Como resultado desse aporte de recursos, juntamente com o aumento de R$ 31 bilhões de recursos da União no mesmo período, o gasto público com saúde saiu de R$ 69 bilhões em 2000 para R$ 161,7 bilhões em 2011, em termos reais. Assim, dois terços do aumento

de recursos para ASPS, no período entre 2000 e 2011, foram provenientes de receitas próprias de estados e municípios, enquanto um terço foi alocado pela União. Ou seja, a EC-29, com o aumento da participação de estado e municípios, e crescimento das aplicações da União, possibilitaram o incremento real de 134% de recursos públicos para a saúde, conforme demonstrado na Tabela 2.

Como desdobramento dessa situação, o gasto *per capita* das três esferas com o SUS dobrou entre 2000 e 2011, passando de R$ 403 em 2000 para R$ 830 em 2011. Em relação ao PIB, o gasto do SUS passou de 2,9%, em 2000, para 3,9% em 2011 (Tabela 3), ou seja, um crescimento de um ponto percentual no indicador.

Tabela 03. Gasto Público das Três Esferas com Ações e Serviços Públicos em Saúde como proporção do PIB e per capita — 2000 a 2011

Ano	Participação (%) ASPS / PIB	Gasto ASPS per capita em R$ de 2011)		
		R$	Tx crescimento real anual	Tx crescimento real relação a 2000
2000	2,9%	403,38		
2001	3,1%	437,64	8,49%	8,49%
2002	3,2%	465,51	6,37%	15,10%
2003	3,1%	454,31	-2,41%	12,63%
2004	3,4%	515,32	13,43%	27,75%
2005	3,5%	545,85	5,92%	35,32%
2006	3,6%	583,51	6,90%	44,66%
2007	3,5%	617,32	5,79%	53,04%
2008	3,6%	681,57	10,41%	69,97%
2009	3,9%	743,58	9,10%	84,34%
2010	3,7%	775,66	4,31%	92,29%
2011	3,9%	829,90	6,99%	105,74%

Fonte: SPO/MS (Esfera Federal) e SIOPS/MS (Esferas Estadual e Municipal - extraídos em 13 de junho de 2011) para gastos em ASPS. IBGE para população (revisão 2008) e PIB.

Notas: O gasto per capita foi atualizado para valores de 2011, segundo IPCA médio anual.

Contudo o aporte de recursos poderia ter sido ainda maior, caso a União e os estados cumprissem a EC 29 de acordo com os critérios previstos na Resolução 322 do CNS. O Governo Federal e os governos estaduais utilizaram diversos expedientes para aplicar menos do que o previsto na Emenda[23]. A equipe da Câmara Técnica do

23 A discussão dessa questão já foi feita à exaustão por vários autores como IPEA (2000 a 2003), Ribeiro, Piola e Servo (2006), SIOPS (2005), entre outros. Apesar de o Conselho Nacional de Saúde ter publicado, como dito, a Resolução 322, tentando normatizar o que se entende por ASPS, ainda há controvérsias sobre diversas questões.

Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e o Ministério Público Federal (2009), seguindo a Resolução nº 322 do CNS, demonstraram que, em determinados anos, a União e parte dos estados e municípios não teriam aplicado o mínimo exigido pela EC29. No caso dos estados, as análises de balanço feitas pela equipe do SIOPS indicaram que em 2006, em média, a aplicação alcançou 9,6% da receita vinculada, quando deveria ser no mínimo de 12% e que, nesse mesmo ano, apenas 16 estados teriam inequivocamente cumprido a Emenda (SIOPS, 2011).

A estimativa de déficit de aplicação dos Estados — quando os valores empenhados em ações e serviços públicos de saúde (SUS) não alcançam os 12% da receita desses entes da federação — atingiu cerca de R$ 6 bilhões no período 2004 a 2008, com base nos dados declarados ao SIOPS (antes da verificação baseada na análise dos balanços). Depois da análise, para ver se as aplicações estão de acordo com o estabelecido na Resolução 322 do CNS, o déficit sobe para R$ 16 bilhões, no período.

Em 2008, último ano com análise de balanço divulgada, o déficit de aplicação dos estados foi de aproximadamente R$ 3,0 bilhões, de acordo com análise dos balanços dos estados e do DF realizada pela equipe do Siops. Treze estados apresentaram déficit de aplicação em 2008: MA, PI, CE, PB, AL, MG, ES, RJ, PR, SC, RS, MT e GO. Do total do déficit, R$ 1,7 bi correspondia aos estados do RS e MG.

Ainda segundo dados da Câmara Técnica do SIOPS, no período 2000 a 2008, o *déficit* de aplicação do Ministério da Saúde foi estimado em R$ 3,08 bilhões[24]. O chamado *déficit* de aplicação representa o somatório da diferença entre valor mínimo a ser aplicado a cada ano, de acordo com os critérios da Emenda, e valor empenhado pelo MS, ou seja, sem compensação dos valores aplicados acima do piso em alguns anos. Se a compensação for feita, o *déficit* fica em R$ 1,8 bilhão.

Além dessa "perda" para o SUS, ainda existiam outros vazamentos. Todo ano, parte dos valores empenhados passa para ser paga nos anos seguintes. São os chamados restos a pagar. Esses valores, que constaram como gasto realizado para fins de cumprimento da EC 29 podem, eventualmente, serem cancelados. Só o MS cancelou R$ 2,6 bilhões dos restos a pagar do SUS de 2000 a 2008 (SIOPS, 2011). Esse procedimento, lançamento de despesas como restos a pagar e posterior cancelamento de parte, também ocorre nas contas do SUS de estados, DF e municípios, mas não há informação sobre os montantes de recursos envolvidos nesse procedimento. O lançamento de despesas como restos a pagar e seu posterior cancelamento por motivos justificados é um procedimento normal/legal da administração pública. A questão é em que proporção isso ocorre e se isso era utilizado para cumprir a vinculação só no papel.

---

24 Valor correspondente à diferença entre o valor mínimo previsto pela Emenda para cada um dos anos do período de 2000 a 2008 e gasto total do MS, quando são retiradas do gasto total as despesas com inativos e pensionistas e o pagamento de encargos da dívida, que não são, reconhecidamente, despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Por fim, ao se analisar as aplicações do MS tendo como critério a compatibilidade com o conceito de ações e serviços públicos de saúde, que está na Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 3 de maio de 2003, foram encontradas despesas que não poderiam ser incluídas. Entre outras, deveriam ser retirados os gastos com assistência médica a servidores — mais de R$ 1,0 bi de 2000 a 2008 — (por que não são serviços de acesso universal), com a bolsa alimentação — R$ 3,2 bi — (transferência monetária que foi executada na conta do MS em 2001 e 2003) e farmácia popular — R$ 1,8 bi. Ou seja, mais de R$ 6,0 bilhões.

Estas estimativas de "vazamentos" podem ser contestadas, mas a apresentação serviu e serve para estimular a discussão. Estas análises, que foram feitas com base na interpretação da legislação e dos instrumentos normativos existentes e foram apresentadas e discutidas na Câmara Técnica do Siops, não chegaram a serem publicadas.

Com a emenda regulamentada por meio da Lei Complementar nº 141/2012, estes vazamentos tendem a diminuir, uma vez que ficou definitivamente explícito, por meio de instrumento adequado, o que são consideradas como ações e serviços públicos de saúde para fins de cumprimento da emenda constitucional. Além disso, em relação aos restos a pagar cancelados (outra fonte de vazamentos), a LC 141/2012 define que os recursos cancelados que entraram na conta para se alcançar o valor mínimo devem ser repostos e como isso deve ser feito. Por fim, a Lei Complementar também se mostrou presente no que tange à regulamentação do não cumprimento do mínimo em saúde previsto em lei: ficou definido que aqueles entes que descumprirem o valor mínimo previsto para ser gasto em ações e serviços públicos de saúde daquele ano deverão compensar esta diferença no ano seguinte, sem que esta diferença entre na contabilidade do valor gasto nesse ano.

2.4 | Gasto em ASPS x Receita nas Três Instâncias de Governo

Como visto anteriormente, a EC 29 estabeleceu critérios diferentes para as três esferas no que concerne a aplicação mínima de gastos em ASPS. Para a União, o cálculo foi atrelado à variação do PIB, enquanto para estados e municípios, este indicador foi vinculado às suas receitas próprias.

Uma análise interessante do "esforço" empreendido por estes entes federativos ao longo dos últimos anos em relação ao gasto em ASPS seria a proporção deste gasto em relação à receita corrente líquida, que nada mais é que a Receita Corrente Bruta (RCB)[25] descontadas, entre outros, as transferências legais e constitucionais e as contribuições previdenciárias e para o PIS/PASEP. Entretanto, esses dados só estão

25 A Receita Corrente Bruta inclui não só a arrecadação de tributos e contribuições, como as transferências legais e constitucionais e outras receitas correntes (de serviços, patrimonial etc.)

disponíveis para a União (todo o período) e Estados (2005 a 2011). As informações para municípios só estão disponíveis em relatórios individuais (RREO), mas não para todos os municípios[26].

Como alternativa, podemos utilizar diferentes medidas de receita[27]. Piola *et. al.* (no prelo) faz esta análise considerando, no denominador, o numerador da Carga Tributária Bruta (NCTB), a Receita Corrente Bruta (RCB) e a RCB descontadas as transferências para assistência e previdência social (TAPS).

A Carga Tributária Bruta[28] mede a razão entre o volume de impostos, taxas e contribuições sociais, que são usadas no financiamento das políticas públicas, e o PIB. Neste trabalho, usamos o numerador desta razão no cálculo da medida de esforço descrita na segunda, terceira e quarta colunas da tabela 4. A participação do gasto em saúde no total das receitas tributárias da União (incluídas as contribuições) oscilou entre 7% e 8%, entre 2002 e 2011. Nesse mesmo período, houve um aumento da participação dos gastos em saúde dos Estados e Municípios em relação a essa receita.

A Receita Corrente Bruta (RCB) inclui não só a arrecadação de tributos e contribuições, como as transferências legais e constitucionais e outras receitas correntes (de serviços, patrimonial etc.). Recorrentemente, esse indicador é utilizado em discursos a favor da ampliação da participação da União no financiamento da saúde[29] (tabela 4). Assim, faz sentido comparar União, estados e municípios utilizando essa mesma base.

Ao se analisar a participação do gasto com saúde em relação à Receita Corrente Bruta — RCB percebe-se uma redução significativa na participação municipal quando comparada ao indicador de gasto sobre NCTB. As transferências intergovernamentais (constitucionais/legais e voluntárias) ampliam a receita dos estados e, principalmente, a dos municípios. Essa seria a explicação para a redução da participação desses entes (aumento do denominador). Como a União praticamente não recebe de outros entes, o efeito de uma participação um pouco menor em relação ao indicador de NCTB refere-se às outras receitas (serviços, patrimonial etc.). Esse indicador mostra, também, a dependência dos municípios de recursos que são arrecadados por outros entes, particularmente pela União, fato resultante da estrutura

---

26 Seria necessário desenvolver uma metodologia para calcular os dados de municípios para todo o período e de estados, tentando retornar, pelo menos, até 2002, a partir de informações disponíveis nos sistemas orçamentários estaduais e municipais da Secretaria do Tesouro Nacional (STN).

27 Obviamente, para possibilitar a comparação do "esforço" realizado pelos três entes, a receita considerada no cálculo deverá ter a mesma metodologia.

28 A Carga Tributária Bruta é o quociente entre o somatório das arrecadações de impostos, taxas e contribuições pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e o Produto Interno Bruto, segundo IBGE (2008).

29 Na verdade, uma das principais reivindicações da bancada sanitarista na regulamentação da EC-29 era a de que o gasto mínimo em ASPS da União correspondesse a 10% da RCB. Entretanto, a Lei 141/2012 manteve a forma de cálculo atual: o valor mínimo a ser aplicado em ASPS será atrelado à variação nominal do PIB.

tributária e do sistema federativo brasileiro. No caso desse indicador, o percentual da RCB aplicada pela União e pelos Estados tende a se aproximar ao longo dos anos. O percentual comprometido pelos municípios é maior que aquele dos outros entes.

Tabela 04. Participação do Gasto com Ações e Serviços a Públicos de Saúde (ASPS) na Carga Tributária Bruta (nCTB), na Receita Corrente Bruta e na Receita Corrente Bruta descontadas as transferências assistenciais, previdenciárias e os subsídios (TAPS), 2002 a 2011

Ano	% da nCTB			% da RCB			% da RCB – TAPS		
	União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios
2002	7,7%	7,8%	48,3%	7,2%	5,4%	10,9%	14,0%	6,5%	11,8%
2003	7,5%	8,2%	47,1%	7,1%	5,8%	11,1%	14,8%	7,0%	12,0%
2004	7,7%	9,2%	47,4%	7,3%	6,5%	11,3%	14,6%	7,8%	12,2%
2005	7,5%	8,9%	52,6%	7,0%	6,1%	12,2%	13,8%	7,3%	13,0%
2006	7,5%	9,2%	53,3%	7,0%	6,4%	12,4%	13,9%	7,6%	13,2%
2007	7,1%	9,4%	51,6%	6,7%	6,5%	12,3%	13,4%	7,7%	13,1%
2008	6,9%	10,0%	56,9%	6,4%	6,8%	13,2%	12,4%	7,7%	14,1%
2009	8,0%	11,2%	57,4%	7,5%	7,6%	13,2%	16,1%	9,0%	14,1%
2010	7,3%	11,0%	55,0%	7,0%	7,6%	13,0%	14,5%	8,9%	14,1%
2011	7,2%	11,0%	54,7%	7,0%	7,5%	13,5%	14,0%	9,0%	14,7%

Fonte: Secretaria de Tesouro Nacional/Ministério da fazenda (Receita Corrente Bruta e Receita Corrente Líquida); Secretaria de Política Econômica/Ministério da Fazenda. (Transferências para Assistência e Previdência Social — TAPS); Orair (2012) — numerador da Carga Tributária Bruta; SIOPS/MS e SPO/MS (gasto em ASPS). Elaboração dos autores.

Nota: Dados de RCB dos municípios são provenientes do Finbra e referem-se, em média, a 5.300 municípios (95% do total de municípios).

O terceiro indicador seria composto, no denominador, pela RCB descontadas as TAPS. A ideia subjacente a esse indicador é que, como os benefícios previdenciários representam em torno de 15% do PIB e são de pagamento obrigatório, ao excluí-los ter-se-ia uma primeira aproximação para disponibilidade de recursos, já que não temos informações sobre a RCL para os três entes. Como a responsabilidade pelo pagamento desses benefícios é maior para União, quando eles são descontados observa-se uma aproximação, ao longo do tempo, do indicador no nível municipal em relação ao indicador federal. Ao final do período, ambos estavam comprometendo 14% da sua RCB descontados as TAPS.

Esses indicadores mostram diferentes aspectos relacionados ao comprometimento dos entes federativos com gastos em saúde. A análise mostra um aumento do esforço relativo dos municípios ao longo do tempo, independentemente

dos indicadores. Contudo, a depender do indicador utilizado, no final do período houve uma convergência da proporção aplicada. Quando usamos a RCB, há uma convergência dos indicadores entre União e Estados e quando usamos RCB excluídas as TAPS, há uma aproximação entre União e municípios.

Entretanto, apesar do aumento relativo do esforço de estados e municípios, o percentual de recursos públicos aplicados em saúde não ultrapassou 4% do PIB (tabela 3). Um percentual abaixo do praticado em países com sistemas de saúde universal, que já ultrapassa os 6% do PIB há algum tempo e, em muitos, supera 10%. Essas comparações dão uma ideia do caminho que o Brasil ainda tem que percorrer, sendo necessário avançar, também, na compreensão do custo e da efetiva necessidade de recursos para implantar um sistema que se quer universal, integral e equânime.

2.5 | O Impacto do Gasto Federal em Saúde no Gasto Social Federal (GSF)

Outra forma possível de analisar o volume de recursos conquistados pela saúde ao longo dos últimos anos é sua representação no Gasto Social Federal (GSF)[30]. Entretanto, esta análise refere-se apenas à esfera federal.

A série de gastos elaborada pela DISOC/IPEA demonstra que tem havido um aumento quase constante da participação relativa do GSF no PIB. No período de 1995 a 2010 o aumento foi de quase quatro pontos percentuais, fazendo com que o GSF saísse do patamar de 11,2% para 15,5% do PIB.

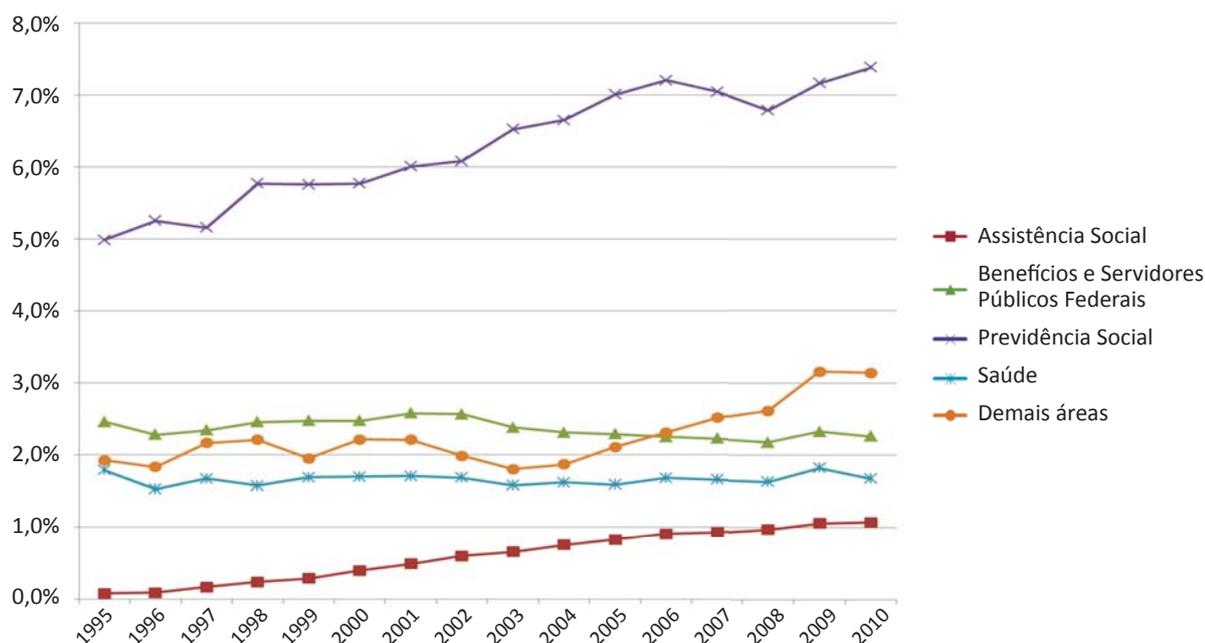
Dentre as áreas que compõem a conta do GSF, elaborada pela DISOC/IPEA, a Previdência Social é a de maior representatividade em relação ao PIB, tendo aumentado sua participação de 5% em 1995 para 7,4% em 2010. A Assistência Social se destaca pelo seu comportamento ascendente no período, apesar de representar uma fatia pequena do PIB (de 0,1% a 1,1%). As áreas de Saúde e Benefícios a Servidores apresentaram um comportamento estável ao longo do período, representando, em média, 1,7% e 2,4% do PIB respectivamente (Gráfico 1).

Apresentando comportamento estável em relação ao PIB, a saúde[31] é a terceira área em termos de volume de gastos desde 1995, sendo superada apenas pela

30 O Gasto Social Federal, calculado pelo IPEA, tem por objetivo mensurar os gastos referentes a programas e ações por áreas de atuação consideradas sociais, tais como: previdência social, benefícios a servidores da União, proteção ao trabalhador, organização agrária, habitação e urbanismo, assistência social, alimentação e nutrição, saúde, educação, cultura e saneamento básico.

31 Segundo a metodologia do IPEA para mensuração do GSF, o gasto da área da saúde é composto pelos gastos totais do MS, excluídos os gastos com alimentação e nutrição, saneamento básico, assistência médica e social a servidores, juros e encargo das dívidas interna e externa e inativos e pensionistas. Entretanto, inclui as despesas de custeio dos Hospitais de Ensino e Universitários (MEC).

Previdência Social e pela área de Benefícios a Servidores Públicos Federais[32]. Em 2010 foram aplicados na área da saúde recursos equivalentes a 10,8% do total do GSF, sendo que em 1995 esta área representou 15,9% do GSF.

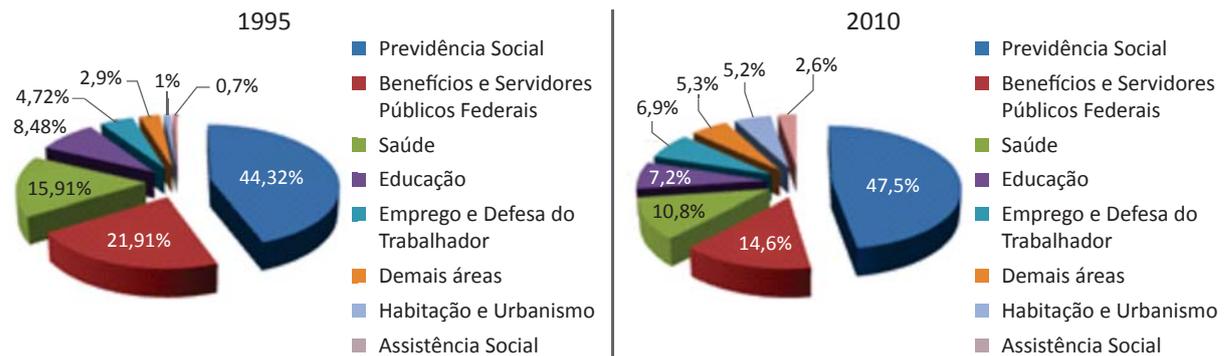
Gráfico 01. Evolução da participação do Gasto Social Federal por área de atuação em relação ao PIB — 1995 a 2010

Fonte: Secretaria da Receita Federal, Disoc/IPEA e IBGE.

Em valores absolutos, no período de 1995 a 2010, o gasto federal na área de saúde passou de R$ 37 bilhões para R$ 67 bilhões, em reais de 2011 (média anual do IPCA), ou seja, teve um crescimento de 80%[33]. Enquanto isso, o GSF como um todo observou um incremento real de 171%, passando de R$ 231 bilhões em 1995 para R$ 625 bilhões em 2010. Esta perda de espaço dentro do GSF pode ter sua origem na crise de financiamento da saúde na década de 90, quando a saúde deixou de receber os repasses de recursos da Previdência Social que então eram aplicados em assistência médica. A criação de imposto e mais tarde de contribuição sobre a movimentação financeira (CPMF), que veio para ser recurso adicional, acabou substituindo parcela das fontes

32 Nesta área de atuação são consolidadas todas as despesas destinadas ao pagamento de aposentadorias e pensões de servidores públicos federais que saíram da ativa, a servidores dos extintos territórios e estados custeados com recursos da União e a funcionários públicos de empresas estatais pagos com recursos dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. São também considerados os gastos relativos a benefícios trabalhistas, como despesas com assistência médica e odontológica, auxílio-transporte, auxílio-refeição etc.

33 Novamente vale lembrar que a análise da "área de atuação" da saúde no GSF é diferente da análise da execução do MS e do gasto em ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

que tradicionalmente financiavam a saúde, como mencionado na seção 2. Por fim, o piso constitucional para as alocações federais no SUS estabelecido pela EC 29, ao invés de se constituir efetivamente no volume mínimo a ser aplicado, foi transformado em "teto" do financiamento federal do SUS, demonstrando uma diminuição da prioridade da saúde nos gastos sociais do Governo Federal.

Gráfico 02. Evolução da participação das áreas de atuação no GSF: 1995 e 2010

Fonte: GSF/DISOC-IPEA

2.6 | Ministério da Saúde: análise do gasto federal por fonte de financiamento

Na análise da execução orçamentária do MS[34] por fonte chama atenção a posição hegemônica que as contribuições sociais (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social — COFINS, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido — CSLL, Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira — CPMF, dentre outras) ocupam no financiamento daquele órgão: entre 1995 e 2011, apenas em 2 anos a participação dessas fontes ficou abaixo de 70% (1996 e 1999). A partir de 2004, a participação das contribuições sociais ficou acima do patamar de 86%, apresentando-se como exceção apenas o ano de 2008 (cerca de 72%), devido à extinção da CPMF em 2007.

A participação percentual das diferentes contribuições sociais no financiamento do MS é muito variada ao longo dos anos. Desde 1997 a CPMF foi uma das principais fontes de financiamento dos gastos do MS. De 2002 a 2007, a CPMF e a CSLL responderam por cerca de 70% do gasto do MS. Em 2008, com a extinção da CPMF em 2007, a participação dos recursos ordinários se elevou para 20%, assim como se elevou a participação da COFINS. (Tabela 5). Em 2009, 2010 e 2011, a CSLL e a COFINS foram responsáveis por mais de 80% do financiamento do gasto do MS. Em 2011,

34 A análise do gasto por fonte de financiamento só foi realizada para a esfera federal uma vez que só esta apresenta informações que possibilitam tal análise.

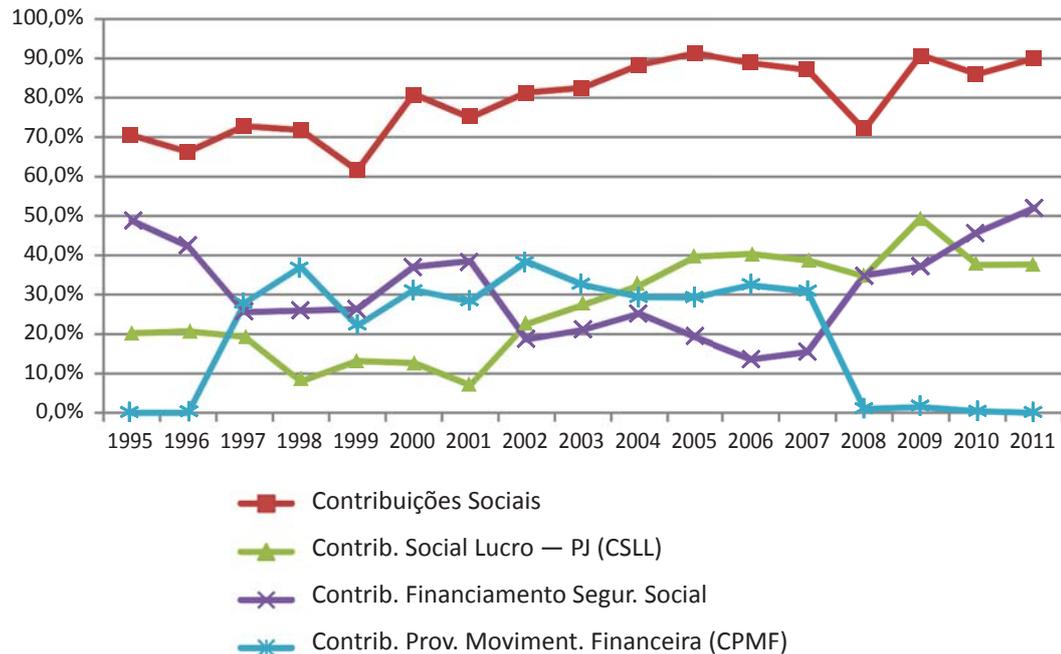
Tabela 05. Distribuição percentual da execução do Ministério da Saúde por fonte de financiamento – 1995 a 2011.

Fonte (Cod/Desc)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Recursos Ordinários	3,2%	0,2%	1,0%	10,8%	15,1%	5,3%	12,5%	10,3%	13,1%	7,4%	4,8%	7,1%	5,2%	20,1%	4,4%	4,6%	2,4%
Operações de crédito interna e externa	1,1%	0,9%	0,5%	1,1%	1,5%	2,7%	2,2%	1,9%	1,1%	0,7%	0,7%	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Recursos Diretamente Arrecadados	2,5%	2,5%	2,4%	2,6%	3,5%	3,3%	5,1%	2,7%	2,3%	2,2%	2,4%	3,1%	3,7%	4,0%	3,9%	4,3%	4,0%
Títulos Responsab. Tesouro Nacional	2,7%	3,4%	2,8%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,4%	0,5%	–	–	–	–	–	–	–	0,03
Contribuições Sociais	70,5%	66,2%	72,8%	71,8%	61,5%	80,9%	74,9%	81,3%	82,5%	88,3%	91,3%	88,8%	87,1%	71,8%	90,8%	86,0%	89,9%
Contrib. Social Lucro - PJ (CSLL)	20,2%	20,7%	19,3%	8,0%	13,2%	12,6%	7,0%	22,5%	27,4%	32,3%	39,7%	40,3%	38,7%	34,7%	49,4%	37,6%	37,7%
Contrib. Financiamento Segur. Social	48,8%	42,2%	25,6%	25,9%	26,3%	37,1%	38,5%	18,6%	21,1%	25,2%	19,2%	13,5%	15,4%	34,9%	37,1%	45,8%	52,0%
Contrib. Prov. Moviment. Financeira (CPMF)	–	–	27,9%	37,0%	22,0%	31,2%	28,2%	38,4%	32,5%	29,4%	29,3%	32,4%	30,8%	1,0%	1,5%	0,4%	0,0%
Contrib. Plano Segur. Social Servidor	1,5%	3,3%	–	0,9%	–	–	1,2%	1,9%	0,8%	0,9%	1,2%	1,0%	0,9%	0,2%	0,9%	0,6%	0,2%
Contrib. Patronal Plano Segur. Social Servidor	–	–	–	–	–	–	–	–	0,01	0,5%	1,9%	1,6%	1,3%	1,0%	1,9%	1,6%	0,1%
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	–	–	–	–	–	–	4,5%	2,4%		0,9%	0,3%	–	3,0%	3,0%	–	–	–
Fundo Social de Emergência	11,7%	17,9%	19,6%	13,3%	14,5%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fundo de Fiscalização das Telecomunicações	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,2%	0,0%
Demais Fontes	8,3%	8,9%	0,8%	0,3%	3,6%	7,6%	0,6%	0,9%	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%	0,8%	1,1%	0,9%	2,9%	1,0%
Total	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Fonte: SIAFI/SIDOR (Gasto Social Federal — IPEA: 1995 a 2007): SIGA BRASIL (2008, 2009, 2010 e 2011)

somente a COFINS respondeu por 52% financiamento do MS. O gráfico 3 representa bem o comportamento variável das contribuições sociais ao longo dos últimos anos.

O gráfico 3 também mostra que, enquanto existiu, a CPMF teve participação bastante estável no financiamento da saúde. Ela financiou, em média, 30,8% dos recursos do MS no período de 1997 a 2007.

Gráfico 03. Evolução da participação das contribuições sociais no financiamento da saúde — 1995 a 2011

Fonte: SIAFI/SIDOR (Gasto Social Federal - Ipea: 1995 a 2007): SIGA BRASIL (2008, 2009, 2010 e 2011).

De acordo com Servo *et. al.*(2011), a CPMF

> *contribuiu muito mais para estabilizar o patamar de recursos orçamentários desse órgão do que para efetivamente elevá-lo de forma mais significativa, fato que pode ser observado no período de 1997 a 2003. Somente a partir de 2004, já com a EC 29 em vigência, é possível dizer que os recursos da CPMF representaram um aporte de recursos totalmente novo para a saúde no nível federal.*

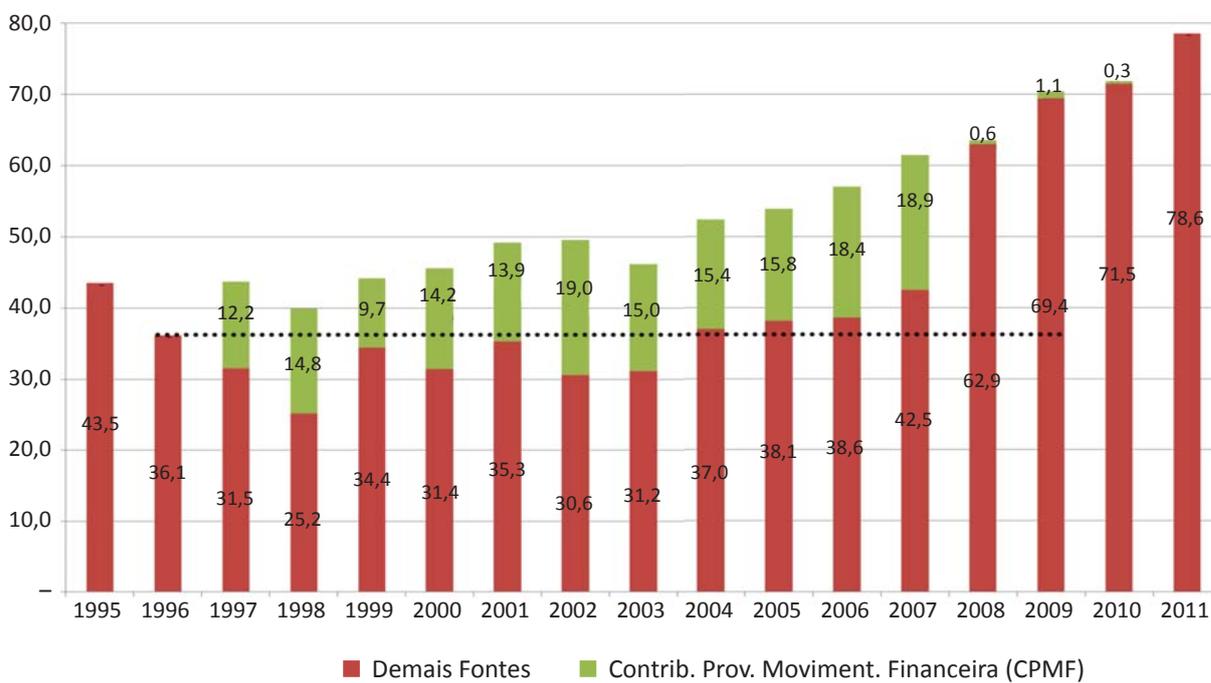
Tabela 06. Execução do Ministério da Saúde por fonte de financiamento — 1995 a 2011

Fonte (Cod/Desc)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Recursos Ordinários	1,4	0,1	0,5	4,3	6,7	2,4	6,1	5,1	6,0	3,9	2,6	4,1	3,2	12,8	3,1	3,3	1,9
Operações de crédito interna e externa	0,5	0,3	0,2	0,4	0,7	1,2	1,1	0,9	0,5	0,4	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Recursos Diretamente Arrecadados (financeiros	1,1	0,9	1,1	1,0	1,5	1,5	2,5	1,3	1,1	1,1	1,3	1,8	2,3	2,6	2,7	3,1	3,2
Títulos Responsab. Tesouro Nacional	1,2	1,2	1,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–	2,0
Contribuições Sociais	30,6	23,9	31,8	28,7	27,2	36,9	36,8	40,3	38,1	46,2	49,2	50,6	53,5	45,7	64,0	61,7	70,6
Contrib. Social Lucro — PJ (CSLL)	8,8	7,5	8,4	3,2	5,8	5,8	3,4	11,2	12,6	16,9	21,4	23,0	23,8	22,1	34,8	27,0	29,6
Contrib. Financiamento Segur. Social	21,2	15,3	11,2	10,4	11,6	16,9	18,9	9,2	9,7	13,2	10,3	7,7	9,5	22,2	26,1	32,9	40,8
Contrib. Prov. Moviment. Financeira (CPMF)	–	–	12,2	14,8	9,7	14,2	13,9	19,0	15,0	15,4	15,8	18,4	18,9	0,6	1,1	0,3	–
Contrib. Plano Segur. Social Servidor	0,6	1,2	–	0,3	–	–	0,6	0,9	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	0,1	0,6	0,4	0,2
Contrib. Patronal Plano Segur. Social Servid.	–	–	–	–	–	–	–	–	0,4	0,3	1,0	0,9	0,8	0,6	1,3	1,1	0,1
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	–	–	–	–	–	–	2,2	1,2	-	0,5	0,1	-	1,9	1,9	–	–	–
Fundo Social de Emergência	5,1	6,5	8,6	5,3	6,4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fundo de Fiscalização das Telecomunicações	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1,6	–
Demais Fontes	3,6	3,2	0,4	0,1	1,6	3,5	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,7	0,6	2,1	0,8
Total	43,5	36,1	43,7	40,0	44,2	45,6	49,2	49,6	46,2	52,3	53,9	57,0	61,4	63,6	70,5	71,8	78,6

Fonte: SIAFI/SIDOR (Gasto Social Federal — Ipea: 1995 a 2007): SIGA BRASIL (2008, 2009, 2010 e 2011).

*Em R$ bilhões, atualizados pelo IPCA 2011

O gráfico 4 demonstra claramente que a CPMF, como aporte 100% adicional para a saúde só ocorreu a partir de 2004. Até então, cerca de 1/3 dos recursos provenientes da CPMF vieram substituir outras fontes existentes[35], uma vez que, entre 1997 e 2003, os recursos referentes às demais fontes financiaram, em média, R$ 31,4 bilhões dos gastos em saúde, abaixo do patamar atingido em 1996 (R$36,1 bilhões).

Gráfico 04. Execução do MS por Fonte de Recursos (CPMF e demais) — 1995 a 2011 (em R$ bilhões de 2011, atualizados pelo IPCA)

Fonte: SIAFI/SIDOR (Gasto Social Federal — IPEA: 1995 a 2007); SIGA BRASIL (2008 a 2011).

Neste contexto, é importante destacar a importância da EC 29 no financiamento da saúde. Ela assegurou a participação das três esferas de governo no financiamento da saúde e aumento real significativo nas aplicações a partir da definição de recursos mínimos que deveriam ser destinados à saúde. Com este aporte mínimo garantido, o fim da CPMF em 2007 não gerou uma crise no financiamento, assim como ocorreu em 1993, por ocasião do afastamento dos recursos previdenciários do financiamento do setor. Como observado no início desta seção, outras fontes supriram o gasto financiado anteriormente pela CPMF, permitindo que o MS respeitasse o valor mínimo a ser gasto com ações e serviços públicos de saúde.

---

35 Essa inferência só é possível quando supomos que as demais fontes deveriam financiar, no mínimo, o mesmo valor aportado no ano de 1996, cerca R$ 36,1 bilhões, quando ainda não existia CPMF.

3 | ANÁLISE DA REPARTIÇÃO DO VOLUME DE RECURSOS PÚBLICOS DA SAÚDE

Além de fazer uma análise do volume de recursos que financiam a saúde pública de caráter universal, este texto pretende analisar também a repartição destes recursos. Assim, nesta seção será demonstrada a distribuição dos gastos públicos em saúde por região e, no caso dos gastos federais sua distribuição por programa e modalidade de aplicação.

3.1 | Distribuição Regional do Gasto Público Total

Apesar da preocupação do Governo Federal em conferir maior equidade na distribuição dos seus recursos, a distribuição regional do gasto público em saúde é bastante desigual[36] entre as macrorregiões brasileiras[37]. Em 2008, a região Sudeste tinha o maior gasto público *per capita* em saúde com um valor de R$ 596,07 por habitante. A seguir vinham as regiões Centro-Oeste (R$ 556,35), Norte (R$ 527,10) e Sul (508,82). O gasto mais baixo ocorreu no Nordeste onde atingiu o valor *per capita* de R$ 421,09, quase 30 % inferior ao gasto público no Sudeste.

Em relação à participação de recursos das três esferas de Governo, nas regiões Norte e Centro-Oeste o gasto *per capita* médio dos estados é superior ao gasto médio dos municípios. Como na região Centro-Oeste os gastos do DF são considerados exclusivamente como gastos estaduais, este fato pode estar contribuindo para essa situação. Nas regiões Sul e Sudeste, principalmente nessa última, o gasto dos municípios é bastante superior ao *per capita* médio dos estados dessas regiões (Tabela 7).

Tabela 07. Gasto per capita* com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo e região — 2008

Região	Federal	Estadual	Municipal	Total
Norte	172,43	236,28	118,40	527,10
Nordeste	180,20	121,28	119,61	421,09
Sudeste	196,74	167,24	232,09	596,07
Sul	221,10	102,56	185,15	508,82
Centro-Oeste	187,89	222,31	146,15	556,35
Total	**193,06**	**154,48**	**178,50**	**526,05**

Fonte: SPO/MS, SIGA Brasil, SIOPS e IBGE.
* Não foram considerados os gastos realizados na rubrica nacional.

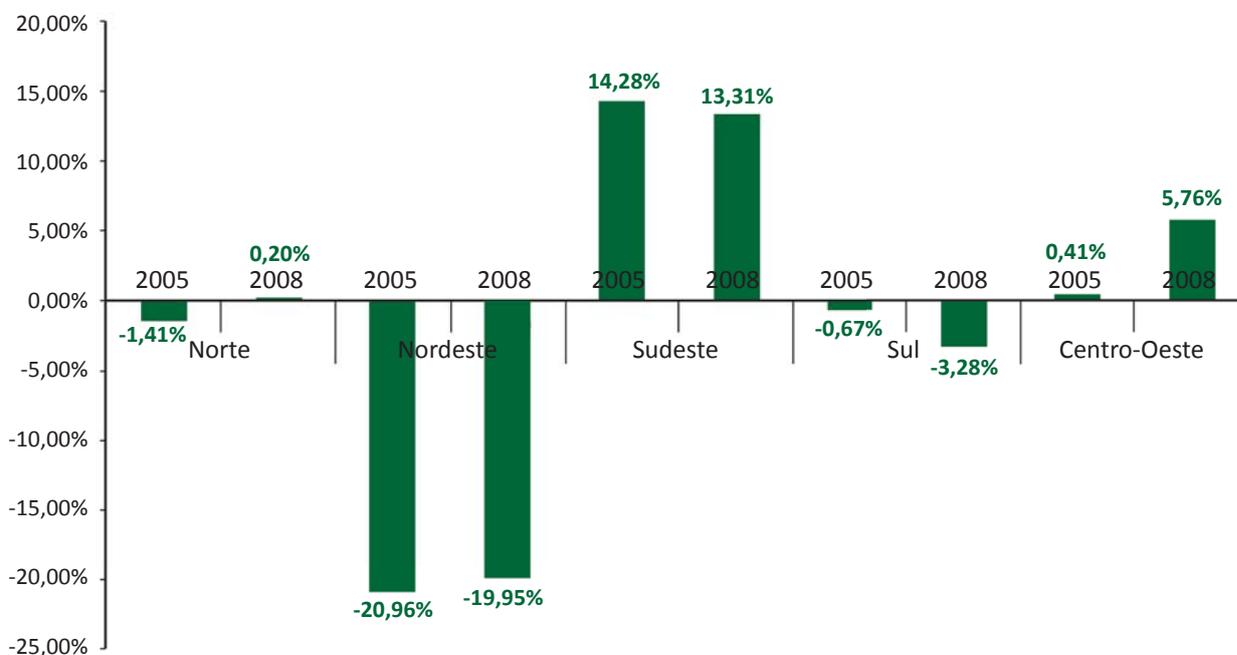
---

36 Não está em discussão se uma distribuição regional igualitária seria mais justa. De forma mais simplista, a análise foi feita com base no senso comum de que os recursos federais deveriam beneficiar em maior proporção as regiões de menor desenvolvimento social e econômico.

37 Em toda seção que trata da regionalização dos recursos públicos para saúde é utilizado o conceito de ações e serviços públicos de saúde, conforme adotado pelo SIOPS.

Uma das formas de dimensionar as desigualdades no gasto público, por região, é comparar o gasto regional *per capita* ao gasto médio nacional *per capita*, verificando o percentual de diferença (ou afastamento) da média nacional.

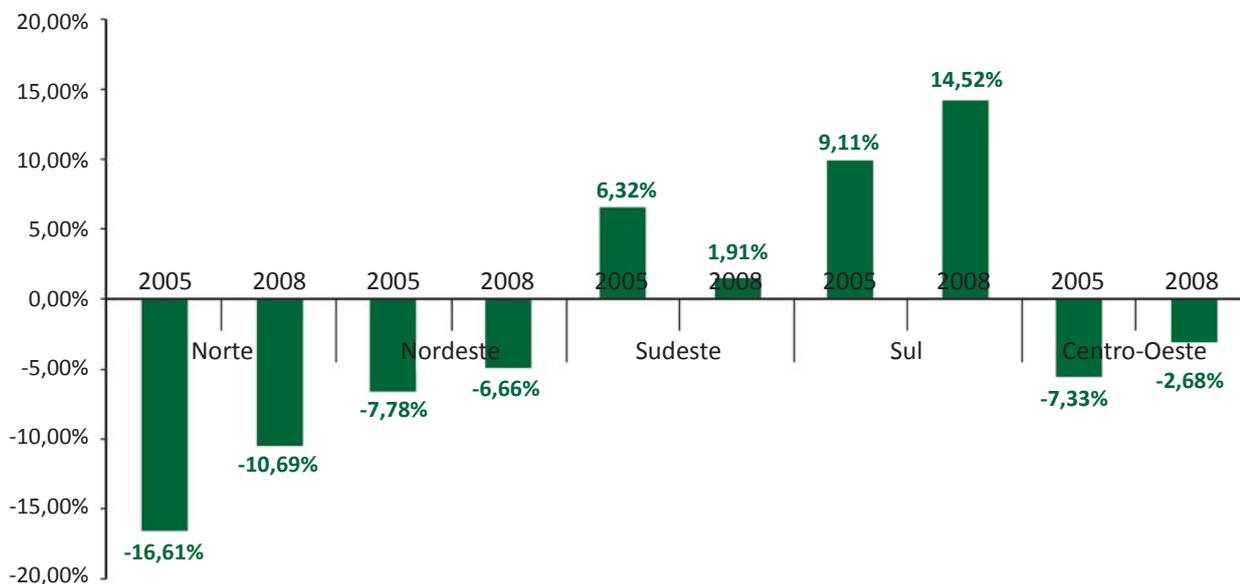
Desta forma, observa-se que, entre 2005 e 2008, houve pequena variação nos indicadores. Por exemplo: o gasto público total com saúde na região Sudeste ficou 14,28% e 13,31% acima da média nacional nos anos referidos, enquanto que no Nordeste o gasto público foi quase 21% e 20% inferior à média nacional nos anos considerados (Gráfico5). O gráfico também mostra que, com exceção das regiões Centro-Oeste e Sul, as variações observadas entre 2005 e 2008 não são significativas[38].

Gráfico 05. Variação percentual do gasto *per capita* total em ações e serviços públicos de saúde em cada região em relação ao gasto *per capita* médio do país — 2005 a 2008

Fonte: SPO/MS, SIGA Brasil e IBGE.

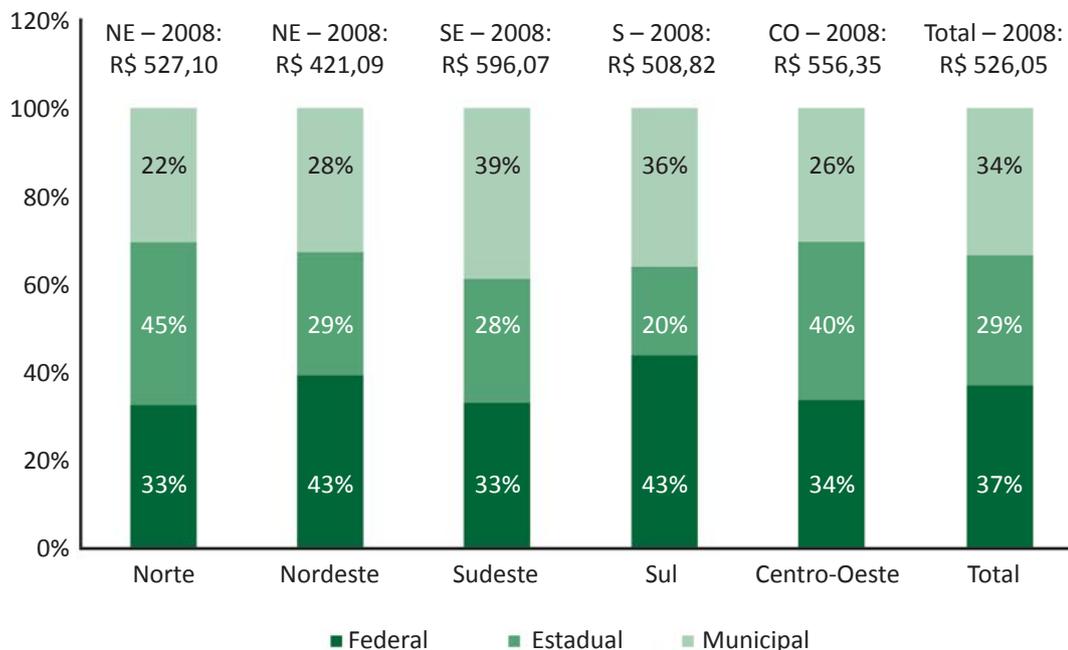
A distribuição do gasto federal é, entretanto, menos desigual do que a do gasto público total. Nesse caso a diferença entre a região Sudeste que recebeu R$ 196,74 em recursos federais por habitante em 2008 e a região Nordeste (R$ 180,20 por habitante ao ano em 2008) é de cerca de 9,2%. As regiões Sul (R$ 221,10), Sudeste (R$ 196,74) e Centro-Oeste (R$ 187,89) receberam mais recursos federais que as regiões Nordeste e Norte. (Tabela 7).

38 Não foi possível compatibilizar a série de gastos para período mais longo, entre 2000 e 2008, devido a alterações feitas pelo MS nos critérios de regionalização dos recursos alocados sob a rubrica Nacional, cuja metodologia foi alterada a partir de 2005.

As variações do gasto federal em valores per capita em relação ao gasto médio nacional, por região, em 2005 e 2008, são apresentadas no Gráfico 6. Observa-se que o gasto federal per capita nas regiões Sul e Sudeste é superior à média nacional, mas com comportamento diferente: crescente no Sul e decrescente no Sudeste. Por outro lado, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, todas abaixo da média nacional em 2005 e 2008, há uma diminuição da diferença (negativa) em relação à média nacional no período.

Gráfico 06. Variação percentual no gasto federal *per capita* em ações e serviços públicos de saúde, por região, em relação ao gasto médio no país, em 2005 e 2008

Fonte: SPO/MS, SIGA Brasil e IBGE.

A estrutura do financiamento público da saúde, por região, também é diferenciada. Em termos proporcionais, a participação do gasto federal é mais elevada nas regiões Nordeste e Sul, onde corresponde a 43% do gasto público total das regiões referidas em 2008. A participação das fontes dos estados, por sua vez, é predominante nas regiões Norte e Centro-Oeste, enquanto recursos originários de fontes dos municípios têm a maior participação no gasto público da região Sudeste (Gráfico 7).

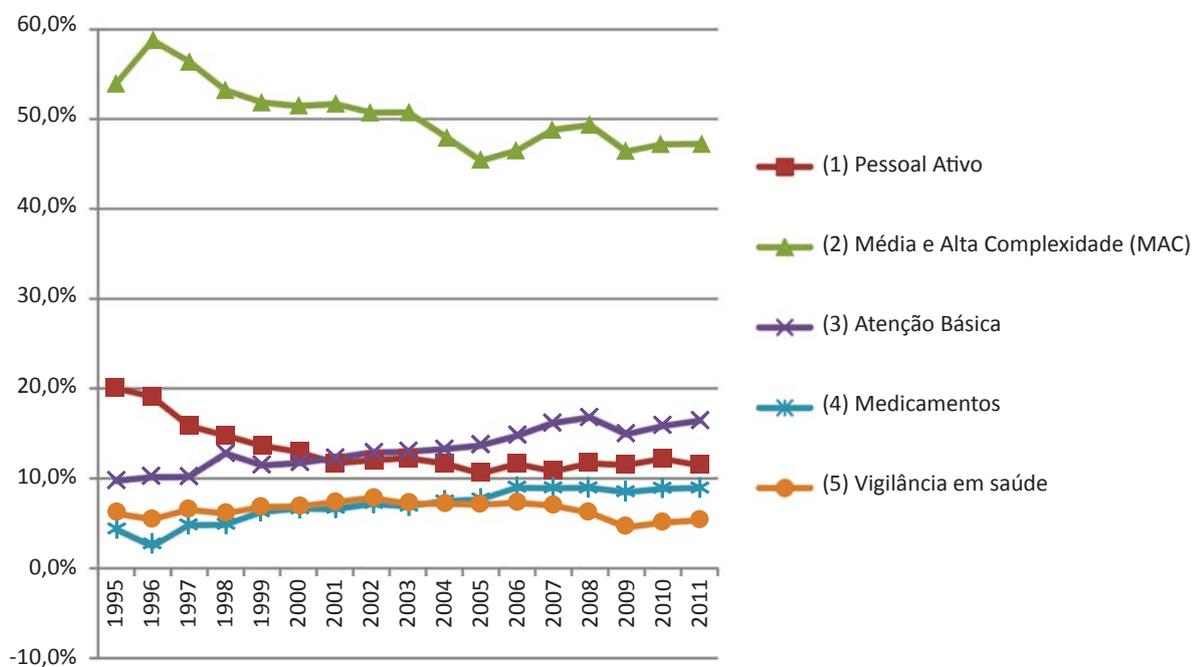
Gráfico 07. Distribuição (%) do Gasto *per capita* em ASPS, por região e esfera de governo — 2008

Fonte: SPO/MS, SIGA Brasil, SIOPS e IBGE.
* Não foram considerados os gastos realizados na rubrica nacional.

3.2 | Gastos do Ministério da Saúde por Programas

Nos últimos anos o SUS apresentou tendência a diminuir seu foco na atenção hospitalar. Um dos caminhos utilizados para isso foi dar maior ênfase à atenção básica, principalmente à estratégia *Saúde da Família*[39]. Essa prioridade se reflete na alocação de recursos. No gráfico 8 é possível verificar como os gastos com atenção básica aumentam sua participação relativa nos gastos do MS, enquanto há uma diminuição da participação dos gastos com Média e Alta Complexidade (MAC).

A maior parte dos gastos federais com ASPS se concentra na MAC, apesar desta área vir perdendo espaço nos gastos do MS. Também ganham espaço nos dispêndios do MS alguns programas que anteriormente não possuíam ou possuíam pouca visibilidade orçamentária, como por exemplo, o Saúde Bucal, o Farmácia Popular e os gastos com medicamentos excepcionais (Tabela 8).

39 Segundo o próprio MS, o programa é entendido como *"uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade."*

Gráfico 08. Distribuição Percentual dos Gastos em ASPS da União por agrupamentos de programas/ações, 1995 a 2011

Fonte: SPO/MS; elaboração própria.

Notas: Os programas, ações e linhas de financiamento foram agregados numa tentativa de compatibilizar três planos plurianuais diferentes.

Outra tendência importante desta mudança é no modo com que a atenção de MAC vem sendo tratada. A respeito disso ressalta-se o papel que, desde 2003, vem tendo o Samu e, mais recentemente, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) na Política Nacional de Atenção às Urgências, que tem por componentes: a atenção pré-hospitalar fixa, a atenção pré-hospitalar móvel, a atenção pré-hospitalar intermediária, atenção hospitalar e atenção pós-hospitalar.[40]

Tanto o Samu quanto as UPAs integram a atenção pré-hospitalar, ou seja, visam atenuar a demanda por atenção hospitalar e/ou otimizar os serviços desta última. O Ministério da Saúde estima que 70% dos atendimentos em hospitais poderiam ser realizados em UPAs. Assim como a *Saúde da Família*, os componentes da atenção pré-hospitalar possuem suas limitações, porém demonstram novamente a intenção do SUS em racionalizar o acesso à atenção hospitalar e intensificar a atenção básica.

40 Para detalhes sobre cada um dos componentes ver IPEA. Políticas sociais: acompanhamento e análise n. 19.

Tabela 08. Distribuição Percentual das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde por agrupamentos de programas/ações

Gasto em ASPS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
(1) Pessoal Ativo	20,0%	19,1%	15,8%	14,8%	13,6%	12,9%	11,7%	12,0%	12,3%	11,7%	10,5%	11,6%	10,8%	11,7%	11,5%	12,1%	11,4%
(2) Média e Alta Complexidade (MAC)	54,0%	58,7%	56,4%	53,2%	51,9%	51,4%	51,7%	50,7%	50,8%	48,1%	45,3%	46,5%	48,8%	49,3%	46,4%	47,2%	47,2%
Transferências MAC	49,4%	53,5%	51,8%	48,8%	47,9%	48,1%	48,5%	47,5%	48,8%	45,8%	43,0%	43,8%	45,8%	46,4%	43,5%	43,5%	43,0%
Hospitais próprios e Pioneiras Sociais	4,5%	5,3%	4,6%	4,4%	4,0%	3,4%	3,2%	3,2%	2,0%	2,3%	2,4%	2,7%	3,0%	3,0%	2,8%	2,7%	2,6%
Hospitais Universitários																0,2%	0,9%
SAMU																0,8%	0,7%
(3) Atenção Básica	9,7%	10,1%	10,2%	12,8%	11,4%	11,7%	12,3%	12,9%	13,0%	13,2%	13,6%	14,7%	16,2%	16,8%	14,9%	15,8%	16,4%
PAB-fixo	9,1%	9,2%	9,1%	11,3%	9,7%	8,5%	8,0%	7,5%	7,0%	6,4%	6,3%	6,2%	6,5%	6,7%	5,8%	5,9%	6,1%
PACS/PSF	0,6%	0,9%	1,0%	1,5%	1,8%	3,2%	4,3%	5,3%	6,0%	6,6%	7,1%	8,2%	9,3%	9,7%	8,9%	9,6%	10,0%
PROESF	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Saúde Bucal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
(4) Medicamentos	4,3%	2,4%	4,8%	4,8%	6,3%	6,6%	6,6%	7,2%	6,9%	7,5%	7,7%	9,0%	8,9%	9,0%	8,5%	8,9%	8,9%
Medicamentos (compra direta, incluindo estratégicos)	3,7%	1,9%	3,7%	3,4%	4,6%	4,1%	3,8%	4,6%	4,4%	4,3%	3,8%	4,4%	3,1%	1,5%	1,5%	1,2%	1,3%
Medicamentos excepcionais	0,6%	0,6%	1,1%	1,1%	1,0%	1,8%	2,0%	1,9%	1,9%	2,5%	3,1%	3,4%	4,4%	4,7%	4,5%	5,2%	4,9%
Farmácia Básica (PAB)	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,7%	0,8%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	1,8%	1,5%	1,7%	1,5%
Farmácia Popular	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,4%	0,7%	1,0%	1,0%	0,7%	1,3%
(5) Vigilância em saúde	6,1%	5,4%	6,5%	6,1%	6,8%	6,9%	7,4%	7,8%	7,2%	7,2%	7,1%	7,3%	7,0%	6,2%	4,5%	5,1%	5,3%
(6) Bolsas e combates as carências	1,1%	0,3%	0,7%	0,4%	0,8%	0,7%	0,8%	1,0%	1,3%	2,5%	5,6%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
(7) Saneamento	1,3%	0,7%	0,7%	0,9%	1,1%	0,8%	5,4%	2,3%	0,4%	1,5%	1,4%	1,9%	2,5%	2,1%	1,9%	1,6%	1,9%
(8) Demais ações*	3,6%	3,3%	4,9%	7,0%	8,1%	8,9%	4,3%	6,1%	8,2%	8,3%	8,7%	9,0%	5,8%	5,0%	12,3%	9,3%	8,7%
Gasto em ASPS - total (I)	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Fonte: SPO/MS; elaboração própria.

Nota: Os programas e ações e foram agregados numa tentativa de compatibilizar três planos plurianuais diferentes.

3.3 | Descentralização dos gastos federais

Apesar de uma das diretrizes do SUS ser a descentralização da gestão para estados, Distrito Federal e municípios, foram muitos os problemas que atrasaram sua implementação. O processo teve início com as Normas operacionais Básicas (NOBs) dos anos 1990. Partindo de um panorama em que as instâncias estaduais e municipais praticamente não participavam da gestão do SUS, o papel dessas NOBs foi principalmente de promover essa participação. Como exemplo deste processo, podemos citar a NOB 01/1993, que marca o início da municipalização com a implantação do caráter automático das transferências intergovernamentais (fundo a fundo) e criação de estágios de gestão descentralizada para estados e municípios; e a NOB 01/1996 que buscou definir atribuições mais claras para os estados, além de incentivar o desenvolvimento de ações estratégicas na área da atenção básica, criando novos mecanismos para o financiamento federal com a instituição Piso de Atenção Básica — fixo e variável. Porém a viabilidade da descentralização só veio a tomar contornos mais concretos a partir da EC29, que conferiu maior estabilidade no fluxo dos recursos federais e trouxe maior segurança para estados e municípios assumirem as responsabilidades da gestão descentralizada.

A intensidade do processo de descentralização da gestão financeira pode ser constatada pela mudança na participação relativa das diferentes modalidades de aplicação dos recursos do MS no gasto total do órgão. Os gastos que em meados dos anos 1990 eram concentrados em aplicações diretas passaram a ser convertidos em transferências a estados, DF e municípios — como demonstra o gráfico 9.

As aplicações diretas do governo federal na provisão de bens e serviços para a saúde passam de 87% dos gastos do MS 1995 para 31 % em 2010. No mesmo período, as transferências a estados e ao Distrito Federal apresentam um importante incremento, elevando-se de 6% em 1995 para 24% em 2010. As transferências para municípios também apresentaram um importante incremento: elevaram sua participação no total do gasto do MS com saúde de 5%, em 1995, para 43% em 2010.

Para entender como se configurou esse processo de descentralização da gestão dos recursos federais, é interessante analisar que tipo de gastos foram delegados para cada uma das instâncias subnacionais de governo. Verifica-se que as transferências a estados e ao Distrito Federal visaram principalmente descentralizar o financiamento dos programas de atenção hospitalar e ambulatorial (e em menor medida, dos programas de assistência farmacêutica). Na modalidade em questão, os gastos descentralizados com atenção hospitalar e ambulatorial, que eram de R$3,10 bilhões em 2001, chegam ao pico de R$11,87 bilhões em 2009 — configurando um aumento de quase 400% no período. Os programas de assistência farmacêutica também merecem destaque, por saírem de R$0,24 bilhão em 2001 para atingirem níveis de

R$2,32 bilhões em 2010 — um aumento de quase 1000%. A soma das transferências a todos os demais programas não apresenta uma alteração relevante. (Gráfico 10)

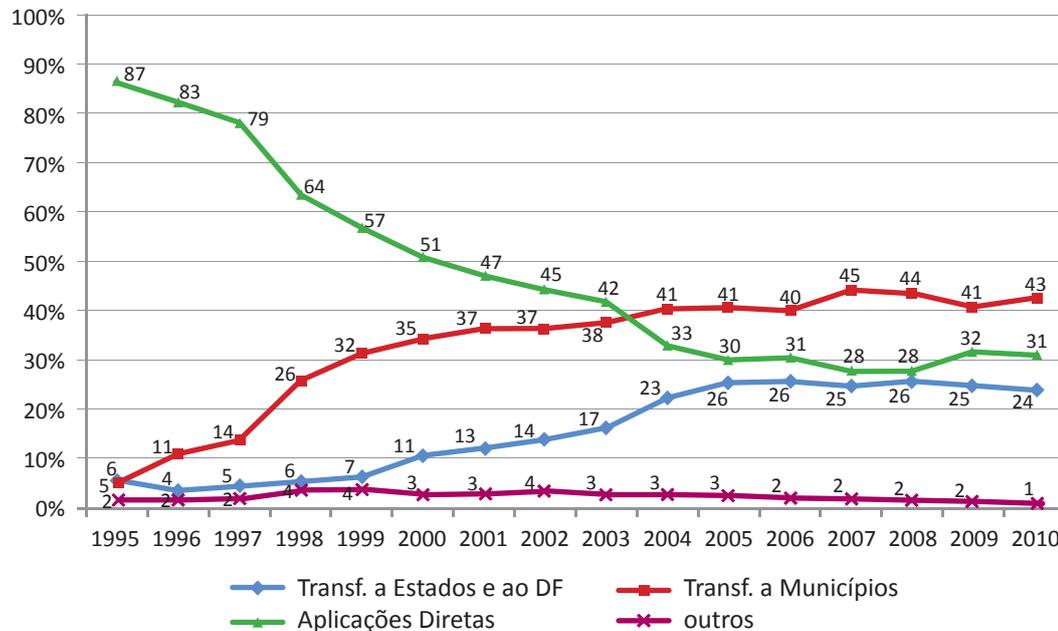
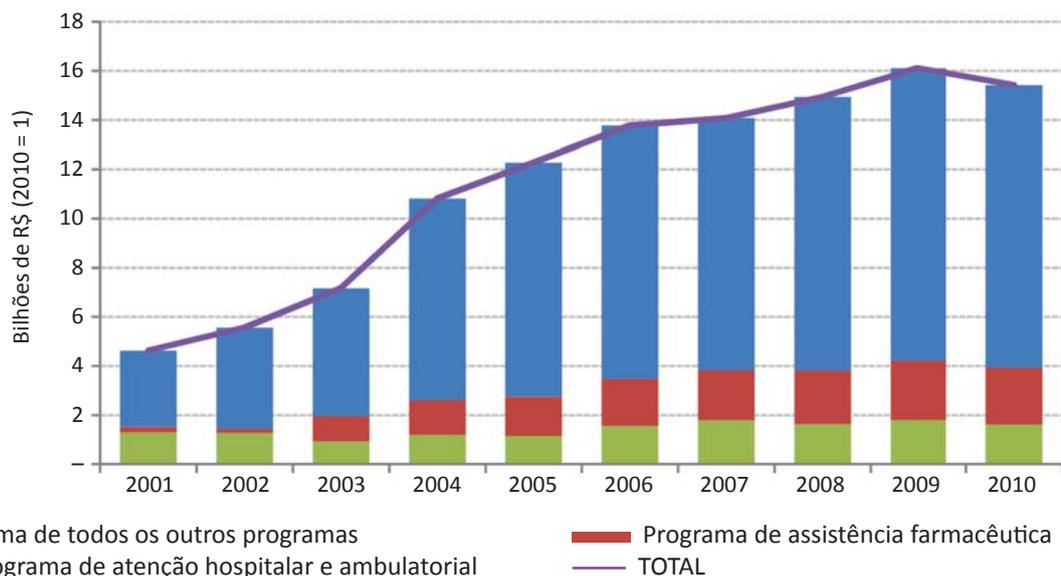
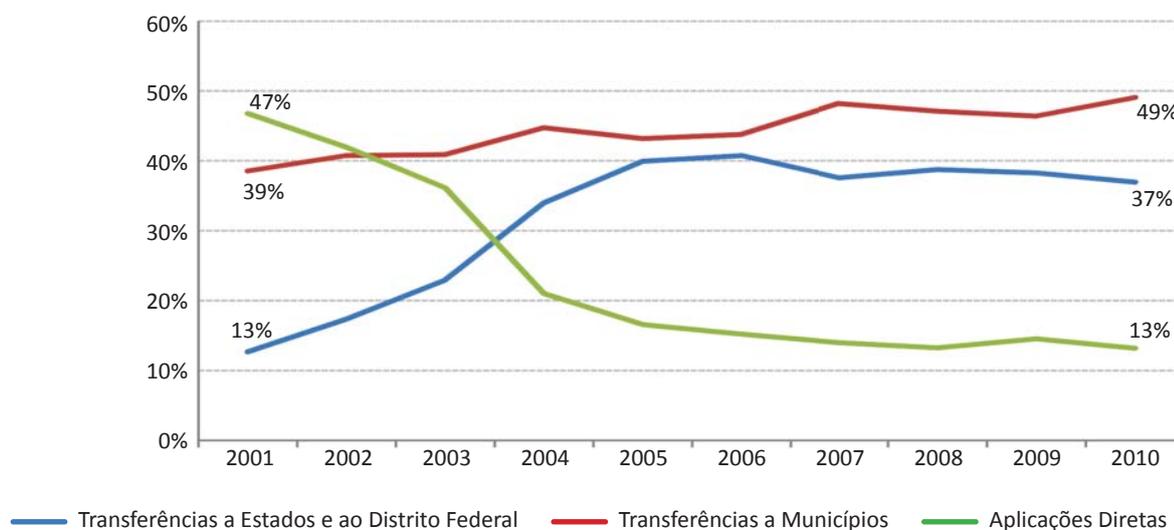
Gráfico 09. Distribuição percentual dos gastos federais (MS) em ASPS por modalidade de aplicação, 1995 a 2010

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

Gráfico 10. Transferências Federais paraEstados e Distrito Federal, por programas, 2001 a 2010

Fonte: Siga Brasil.

A gestão do financiamento de programas de atenção hospitalar e ambulatorial, que anteriormente tinha uma grande participação do gestor nacional se deslocou para as esferas estadual e municipal (Gráfico 11).

Gráfico 11. Gastos com Atendimento Hospitalar e Ambulatorial: aplicações diretas e transferências, em percentual, 2001 a 2010

Fonte: Siga Brasil.

Além dessa inversão de papéis entre a esfera federal e estadual observa-se, também, o aumento do papel dos municípios na gestão de recursos transferidos pelo MS. A participação das transferências a municípios ocupa uma parcela já relevante em 2001 — aproximadamente 38% do total das transferências — e se eleva a 45% nos gastos federais totais com ASPS. Isso deixa em evidência que a descentralização se deu com forte participação da esfera municipal e que a esfera municipal também passou a concentrar importante responsabilidade gestora dos recursos federais destinados a ASPS, com participação beirando a 50% dos recursos transferidos.

Porém, enquanto que o aumento das transferências a estados e ao Distrito Federal se dá principalmente por meio do crescimento da participação da esfera estadual na gestão da atenção hospitalar e ambulatorial, o aumento das transferências a municípios apresenta outro padrão.

O gráfico 12 apresenta uma evolução nominal dos gastos federais com transferência a municípios dividida por programas, com uma apresentação semelhante àquela feita no gráfico 10. Percebe-se que o aumento dos gastos com atenção hospitalar e ambulatorial, tal como dentre as transferências a estados e Distrito Federal, é decisivo para o crescimento das transferências a municípios — indo de R$9,4 bilhões em 2001

para R$15,2 bilhões em 2010. Porém, se no caso estadual esta categoria de atenção era praticamente sozinha responsável pelo aumento de suas transferências, aqui ela divide importância com o aumento dos gastos com atenção básica — que vai de R$5,1 bilhões em 2001 para R$9,9 bilhões em 2010, apresentando um aumento proporcionalmente maior. E isto é compreensível, uma vez que praticamente a totalidade dos gastos federais com atenção básica se concentra nas transferências à esfera municipal, conforme é mostrado na tabela 9.

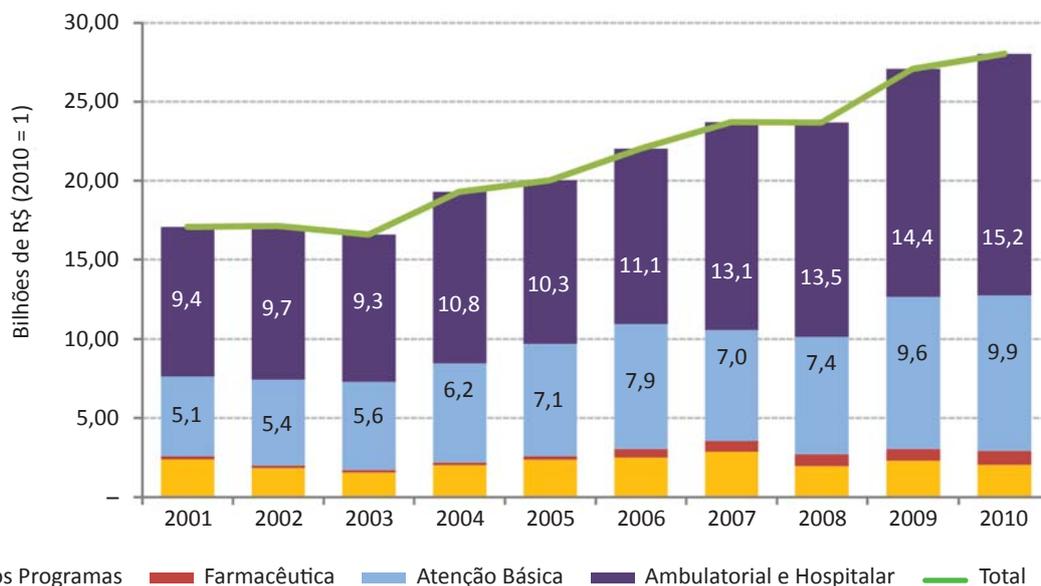
Gráfico 12. Transferências Federais para Municípios, por programas, 2001–2010

Fonte: Siga Brasil.

Tabela 09. Participação das transferências a municípios nos gastos federais com atenção básica

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aplicações Diretas do Governo Federal	2,9%	1,1%	1,2%	0,6%	0,3%	0,7%	1,2%	1,7%	0,8%	0,6%
Transferências a Estados e ao DF	2,5%	0,9%	0,8%	1,0%	1,2%	0,8%	1,0%	1,1%	0,8%	1,0%
Transferências a Municípios	93,8%	96,8%	96,9%	97,1%	97,5%	97,6%	97,0%	96,3%	98,0%	97,8%

Fonte: Siga Brasil.

Ainda que o aumento das transferências para estados, DF e municípios tenha sido um aspecto relevante para o processo de descentralização do SUS, existem,

contudo, restrições da parte destes em relação ao número excessivo de critérios de partilha utilizados para dimensionar os montantes a serem transferidos. Apesar da consolidação das transferências federais em cinco grandes blocos em 2006, por ocasião da aprovação do Pacto pela Saúde, ainda hoje persistem quase duas centenas de modalidades de transferências. Ainda que hoje o gestor local possa, mediante solicitação, remanejar recursos dentro do mesmo bloco, cria-se uma dependência desnecessária. Outra crítica importante refere-se ao fato de que apesar de utilizar critérios para fazer a partilha dos recursos, não há obediência à legislação existente que até hoje não foi regulamentada, particularmente o Art. 35 da Lei 8080/90.

4 | ANÁLISES PROSPECTIVAS E DISCUSSÃO SOBRE CENÁRIOS PARA O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE[41]

No processo de regulamentação da EC 29, em 2011, estavam em discussão projetos com impactos distintos sobre o financiamento da saúde. Naquele momento, havia possibilidade, por meio de lei complementar, de se definir claramente o que seria compreendido como ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Em si, essa medida já teria impacto sobre o gasto público em saúde, pois, como dito anteriormente, havia unidades da federação que ainda estariam incluindo como ASPS despesas com saneamento básico, recursos aplicados em benefícios a servidores públicos (clientela fechada), entre outros. Em todos os projetos que estavam em discussão no Congresso, havia previsão de correção dessa situação, impossibilitando a inclusão dessas e de outras ações no cômputo do valor mínimo a ser aplicado.

Outra possibilidade, que também estava em discussão, era o aumento dos recursos federais para saúde, com ou sem mudança da regra de vinculação. A expectativa de aumento dos gastos federais incluía duas propostas de alteração: uma delas vinculando o mínimo a ser aplicado pela União a um percentual da receita corrente bruta (RCB) e outra vinculando a um percentual da receita corrente líquida (RCL). Havia, também, proposta de manutenção da regra de vinculação atual, baseada na variação nominal do PIB, e criação de contribuição, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), cujos recursos passariam a integrar, adicionalmente, os recursos federais aplicados em saúde[42]. Com relação às propostas de vinculação do mínimo a ser aplicado pela União a um percentual da receita corrente, no caso da RCB, previa-se um aumento progressivo, começando em 8,5% até alcançar 10%, num período de quatro anos ou (ii) vinculação à RCL, com uma vinculação proposta de 18%, também a ser alcançada progressivamente.

41 Quando estes cenários foram elaborados, a regulamentação da EC 29 ainda não tinha sido aprovada.

42 A criação de nova contribuição social para a saúde foi vetada na passagem da proposta de regulamentação da EC 29 pela Câmara de Deputados.

Naquele momento, como parte dos trabalhos para compor a publicação *Saúde Brasil 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema público de saúde brasileiro* (FIOCRUZ, 2012), foram elaborados cenários para o gasto em ações e serviços públicos de saúde: (i) Pessimista e Plausível: manutenção das condições observadas em 2010, com a não regulamentação da EC 29 — perspectiva de que o gasto federal continuaria a ser corrigido pela variação do PIB[43], sem outros acréscimos de recursos e o gasto estadual e municipal pela evolução das receitas vinculadas[44], estas últimas crescendo de acordo com diferentes elasticidades em relação ao PIB[45]; (ii) Inercial e Provável: regulamentação da EC 29 com definição do que deveria ser considerado ASPS, mas sem mudança na regra de vinculação dos recursos federais e sem outros recursos adicionais. (iii) Otimista, Desejável e Viável: regulamentação da EC 29 com mudança da regra de cálculo do mínimo a ser aplicado pela União.

Nas próximas seções, serão replicados esses três cenários. Eles foram elaborados, como dito anteriormente, antes da publicação da Lei Complementar n. 141, de janeiro de 2012, que regulamentou a EC 29, com definição do que são ASPS para efeitos do cumprimento do mínimo determinado pela Emenda. Assim, o primeiro cenário não se aplicaria no contexto atual, mas foi mantido para efeitos de comparação.

Ademais, ao se definir o que são ASPS e manter a aplicação de recursos da União vinculada ao crescimento do PIB, pode-se continuar trabalhando com o segundo cenário, que, no momento em que foi elaborado, fora considerado como sendo o mais provável (inercial e provável). O terceiro cenário continua sendo otimista, visto que não há previsão de curto ou médio prazos para mudança na regra de vinculação de recursos da União. Além disso, deve-se considerar a promulgação da Lei Complementar 141 e destacar que os cenários apresentados consideraram uma projeção de crescimento econômico baseada em anexos da LDO 2012 (projeções elaboradas em 2011). Essas projeções, comparadas aos resultados da variação do PIB divulgados no primeiro trimestre de 2013, relativos ao quarto trimestre de 2012, podem ser consideradas otimistas.

---

43 A LDO 2012, no anexo 3.5, que trata dos cenários para os regimes previdenciários, trazia projeções de variações do PIB real e de inflação até 2050. Para aquela publicação, os cenários foram construídos considerando as informações até 2030.

44 As LDOs estaduais apresentavam cenários para a receita total para o ano da Lei (naquele momento, para 2012) e os dois anos subsequentes (2013 e 2014). Assim, não havia nessas leis projeções até 2030. Contudo, nessas LDOs havia informações sobre as variáveis que foram consideradas para o cálculo dessas projeções, sendo que as principais eram: as variações esperadas para o PIB e a elasticidade-PIB da receita (quanto varia a receita a partir de uma variação de 1% do PIB).

45 Estudos tributários apresentaram estimativas para as elasticidades-PIB da receita tributária que variam de 1,0 a 2,3 a depender da metodologia e do período analisado (RODRIGUES, 1999; ABOP, 2006; ABOP, 2009; IPEA, 2009). No exercício realizado para compor a publicação Saúde Brasil 2030 foram utilizadas elasticidade unitária e de 1,1.

4.1 | Cenário Pessimista e Plausível: não há regulamentação da EC 29

Esse cenário previa que o volume dos recursos federais continuaria obedecendo à variação nominal do PIB, mas essa variação, ao invés de ser o piso, foi utilizada como o teto[46] para aplicação de recursos da União na saúde. As mudanças na participação do gasto em saúde de estados e municípios dependeriam basicamente da elasticidade-PIB da receita destas esferas de governo.

Nesta simulação a variação do gasto federal com saúde dependeria do gasto no ano-base multiplicado pela variação nominal do PIB dos dois anos imediatamente anteriores e assim por diante. Utilizando as projeções da LDO 2012 para o PIB até 2030, foram obtidos os valores para o gasto federal com saúde no período 2012 a 2030. Nesse cenário, o gasto federal com ASPS cresceria de 1,82%, em 2012, para 1,98% do PIB em 2030 (ver Quadro A1 em anexo).

Os cenários para os gastos estadual e municipal com saúde dependeriam do comportamento esperado da receita vinculada. As parcelas mais importantes dessas receitas são os tributos arrecadados diretamente por cada nível de governo e a parcela de transferências obrigatórias. De forma bastante simplificada, considerou-se que ambas variariam com o PIB. Foram feitos dois cálculos: (i) considerando uma elasticidade unitária — a receita vinculada cresceria na mesma proporção do crescimento nominal do PIB; e (ii) considerando uma elasticidade-PIB da receita de 1,1 — um crescimento da receita 10% superior ao PIB a cada 10 anos[47]. Adotou-se uma forte hipótese de que os estados iriam manter o percentual médio aplicado em saúde entre 2002 e 2008[48], considerando o percentual que resulta da análise de balanços feita pela equipe do SIOPS. Isso implicaria que os estados aplicariam, em média, 10% dos seus recursos em saúde. Para os municípios, adotou-se a hipótese de aplicação média de 15% da receita vinculada[49]. No cenário de elasticidade-unitária, como era de se esperar, a proporção dos gastos estadual

---

46 Na verdade a variação nominal, pela Emenda, deveria ser o piso. Na construção do cenário foi, no entanto, considerado como sendo o teto.

47 Também foram feitas estimativas considerando uma elasticidade-PIB da receita de 1,5 a cada 10 anos. Nesse cenário, o gasto público total em saúde alcançaria 5,3% do PIB, com uma participação federal inferior a 38%. Esse cenário era pouco provável, visto que projetaria uma carga tributária bruta de mais de 70% para 2030.

48 Adotou-se a média, porque havia grande variação no valor mínimo aplicado ao longo desse período.

49 Comparando com 2010, haveria uma redução dos gastos estaduais e municipais. Isso se deve ao fato de, em 2010, em média, ter-se estimado uma aplicação estadual de 13% dos recursos próprios e uma aplicação municipal de 21% dos recursos próprios, considerando os estados e municípios que informaram o SIOPS até o momento e ainda sem considerar a análise de balanços dos estados. Contudo, optou-se por construir o cenário inercial pela média da aplicação do período 2002 a 2008, considerando o efetivamente aplicado para estados e que poderia haver dificuldades para os municípios, em média, manterem uma aplicação em ASPS superior ao mínimo constitucional. Como não havia análise de balanço dos municípios, não era possível saber o grau de correção das informações prestadas. Seria importante fazer análises de sustentabilidade dos financiamentos municipais considerando o efetivamente aplicado por eles.

e municipal com saúde como proporção do PIB mantém-se constante em 0,74% e 0,75% do PIB, respectivamente. (Quadros A2 e A3 — anexo)[50].

Neste cenário considerado pessimista e plausível, foi utilizada uma relação unitária entre receita e PIB. Nele o gasto público total em saúde, como proporção do PIB, crescia devido ao aumento do gasto federal em saúde. Isso implicava em um aumento de participação do gasto federal em saúde sobre o gasto público total em saúde. O gasto total aumentaria 0,16 pontos percentuais ao passar de 3,31% do PIB em 2012 para 3,47% em 2030 (Quadro 1).

Quadro 01. Cenários para Gasto Público em Ações e Serviços Públicos de Saúde como Proporção do PIB (%)

Período/Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total	Participação Gasto Federal sobre Total
2012	1,82	0,74	0,75	3,31	55,08
2013	1,81	0,74	0,75	3,30	54,90
2014	1,79	0,74	0,75	3,28	54,67
2015	1,80	0,74	0,75	3,29	54,79
2016	1,88	0,74	0,75	3,37	55,87
2017	1,95	0,74	0,75	3,44	56,74
2018	1,95	0,74	0,75	3,44	56,77
2019	1,95	0,74	0,75	3,44	56,79
2020	1,96	0,74	0,75	3,44	56,81
2021	1,96	0,74	0,75	3,44	56,82
2022	1,96	0,74	0,75	3,44	56,83
2023	1,96	0,74	0,75	3,45	56,88
2024	1,97	0,74	0,75	3,45	56,93
2025	1,97	0,74	0,75	3,45	56,97
2026	1,97	0,74	0,75	3,46	57,00
2027	1,97	0,74	0,75	3,46	57,03
2028	1,98	0,74	0,75	3,46	57,07
2029	1,98	0,74	0,75	3,47	57,12
2030	1,98	0,74	0,75	3,47	57,16

Fonte: Elaborado a partir dos resultados dos Quadros A1 a A3.

50 Ressalte-se, também, que esses cenários consideram apenas as regras de vinculação e os impactos das variações do PIB. Do ponto de vista federal, as pressões demográficas e sociais não implicaram em um aumento da aplicação de recursos públicos superiores ao piso previsto pela EC 29. No caso dos estados, havia estados que não estariam aplicando o mínimo. As pressões de demanda por serviços de saúde se mostrariam no fato de alguns municípios aplicarem acima do mínimo. Contudo, seria importante discutir a viabilidade de eles continuarem aplicando acima do mínimo. Em um cenário em que houvesse mais pressões do lado da demanda (como, por exemplo, mudança do perfil demográfico), sem crescimento dos recursos, os problemas de cobertura e de tempos de espera poderiam ser amplificados.

4.2 | Cenário Inercial e Provável: regulamentação da EC 29 sem aumento da participação de recursos federais

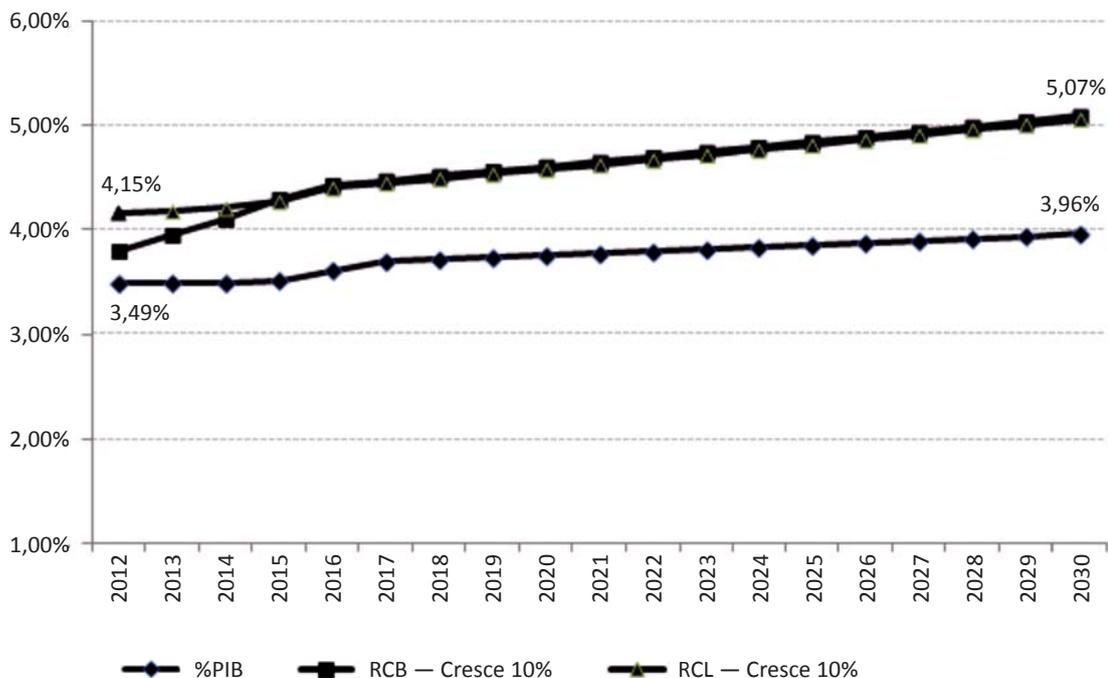
No momento de elaboração do texto-base para a publicação Saúde Brasil 2030, um cenário possível e que acabou se confirmando, era o de regulamentação da EC 29, com definição do que são ações e serviços públicos de saúde, mas sem alteração na regra de vinculação ou recursos novos na área federal. Nesta hipótese seria esperado um aumento da aplicação dos estados que estavam aplicando menos de 12% de suas receitas vinculadas em saúde. Com isso, haveria um aumento de cerca de R$ 3 bilhões na aplicação dos estados. Em um cenário de elasticidade-PIB da receita vinculada igual à unidade, os gastos públicos com saúde, de 3,47% em 2012, alcançariam 3,78% do PIB em 2030. Com elasticidade PIB da receita de 1,1 (crescimento de 10% acima da variação do PIB a cada 10 anos), os gastos públicos com saúde foram estimados em 3,96% do PIB em 2030.

4.3 | Cenário Otimista: mudança na regra de vinculação dos recursos federais

Esse cenário previa a mudança de regra de vinculação dos recursos da União para a saúde que passaria a ser um percentual da receita corrente (bruta ou liquida). Quando a EC 29 foi regulamentada, não houve mudança de regra, mas essa pretensão ainda continua sendo objeto de disputa política. Assim, ainda que esse seja, hoje, um cenário pouco provável e muito otimista no curto e médio prazos, ele será mantido nesse texto para que se possa discutir o que poderia ter acontecido com o gasto público em ASPS, caso a regra tivesse sido alterada em 2012.

Para esse cenário, foram adotados para a receita da União os mesmos critérios estipulados para as variações das receitas de estados e municípios: (i) receita corrente com elasticidade unitária em relação ao PIB e (ii) um aumento de 10% da receita a cada 10 anos em relação ao PIB.

Com relação aos cenários para o gasto público total em saúde, considerando as hipóteses acima, observa-se que o patamar da RCB, com elasticidade unitária, implicaria em um crescimento de 0,60% no gasto total entre 2012 e 2030 (3,62% para 4,37%). Variações mais significativas nas expectativas para o gasto público dependeriam do comportamento da RCB ou da RCL e das receitas estaduais e municipais com relação ao PIB, ou seja, se adotada a elasticidade de 1,1 na relação receita/PIB. Nesta hipótese o gasto público total com saúde, como pode ser visto no Gráfico 13, foi estimado em 5,10% do PIB para 2030, considerando o crescimento de 10% da RCB a cada 10 anos ou 5,07% do PIB, considerando o mesmo ritmo de crescimento para a RCL e para as receitas estaduais e municipais.

Gráfico 13. Comparação dos Cenários para variação do gasto total, considerando o gasto federal vinculado à variação nominal do PIB(1), à Receita Corrente Bruta (RCB)(2) e à receita corrente liquida (RCL) — 2012 a 2030(3)

Fonte: SOF. LDO 2012 (PIB). Receita Federal do Brasil/MF. Arrecadação (RCB e RCL 2010). Elaboração própria dos autores.

Nota: (1) Gasto federal vinculado à variação do PIB, mas com regulamentação do conceito de ASPS e com elasticidade receita/PIB de 1,1 para receitas de estados e municípios.

(2) Considerando uma vinculação com base na RCB de 8,5% até alcançar 10%. Elasticidade receita/PIB de 1,1.

(3) Considerando uma vinculação de 18% da RCL desde 2012. Elasticidade receita/PIB de 1,1.

Em valores *per capita*, o cenário mais pessimista (sem regulamentação, o que não se confirmou, e elasticidade unitária para receitas) apresentaria um crescimento no gasto do SUS de R$ 750,16 em 2012 para R$ 973,21 em 2030 (crescimento real de 30%). No cenário mais otimista (regulamentação com vinculação do gasto federal à RCB e todas as receitas crescendo com elasticidade receita/PIB de 1,1) o *per capita* cresceria de R$ 861,60 em 2012 para R$ 1.429,32 em 2030, com um aumento real de quase 66%. Mesmo assim esse valor seria um pouco inferior à receita per capita do segmento de planos e seguros privados de saúde, que em 2010 foi de R$ 1.594,00. Os valores per capita nos diferentes cenários são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10. Estimativas dos Gastos públicos com saúde *per capita* real (2012=100), segundo diferentes cenários — Brasil, 2012, 2017, 2022 e 2030

Período /Ano	Sem regulamentação e elasticidade unitária	Sem regulamentação e crescimento receita vinculada 10% a cada 10 anos	Com regulamentação e mantendo vinculação ao PIB, receita vinculada com elasticidade unitária	Com regulamentação e mantendo vinculação ao PIB, crescimento receita vinculada 10% a cada 10 anos	Com regulamentação, vinculação a RCB e todas as receitas com elasticidade unitária	Com regulamentação, vinculação a RCB e todas as receitas com crescimento de 10% a cada 10 anos (em relação ao PIB)
2012	750,16	756,66	786,81	790,68	820,64	861,60
2017	907,17	934,32	959,75	975,88	1.119,48	1.182,26
2022	939,53	988,80	1.004,57	1.033,86	1.168,65	1.282,73
2030	973,21	1.061,00	1.058,81	1.110,99	1.225,02	1.429,32

Fonte: Oliveira (2011). Projeção populacional. MPOG.SOF. LDO
Nota: Gasto per capita corrigido pelo INPC Acumulado.

Todos esses cenários merecem algumas considerações e ressalvas. Conforme destacado anteriormente, as projeções de crescimento econômico foram feitas pela Secretaria de Políticas Econômicas do Ministério da Fazenda e estão apresentadas no Anexo 3.5 da LDO 2012. Essas projeções, no entanto, poderiam, na época, ser consideradas conservadoras, pois traziam projeções menores para o PIB do que aquelas que foram feitas, na mesma ocasião, por empresas como a Pricewaterhouse e Coopers (PwC), que projetavam uma variação real do PIB menor nos primeiros cinco anos (2011 a 2015), mas apresentam um resultado mais favorável para a economia brasileira a longo prazo (Gráfico 14).

Além dessas ressalvas, cabe observar que se adotou um critério único para expansão das receitas de União, estados e municípios e ao longo de todo o período. Contudo, estudos sobre tributação têm mostrado grandes diferenças nas variações das cargas tributárias ao longo do tempo e entre níveis de governo[51]. Na série de 1990 a 2008, a carga tributária federal aumentou 3 p.p. do PIB. Contudo, esse aumento parece não ser linear. Há momentos de ampliação seguidos de momentos de redução da carga.

Nesse mesmo período, se forem considerados os dois extremos da série, a carga tributária dos estados teria aumentado somente 0,6 p.p. do PIB. Contudo, essa série também apresenta vales e picos. A carga tributária municipal teria aumentado 1% do PIB, valendo a mesma ressalva sobre as flutuações na série.

51 Agradecemos a José Aparecido Ribeiro, coordenador do Gasto Social Federal, por ter chamado nossa atenção para essas mudanças na carga tributária.

Gráfico 14. Projeções da Variação Real do PIB de 2011 a 2030

Fonte: SOF. PLDO 2012. PricewaterHouse Coopers (PWC).

Uma análise de uma série mais longa mostra que a carga tributária não tem crescido continuamente. Oliveira (2010) faz uma análise histórica da estrutura tributária brasileira de 1889 a 2009. Ele mostra que, no período entre 1966 a 1970 a carga tributária estimada era de 23,9% do PIB. No período entre 1971 a 1975, aumentou para 25,3% do PIB, tendo ficado próximo desse percentual até 1986, quando alcançou 26,5%.

No ano de promulgação da Constituição Federal de 1988, a carga era de 23,4% do PIB. Ela cresce a partir de 1991, mas, com alguns saltos no período, que aconteceram em 1994 (crescimento de 2,6% em relação ao ano anterior); 1999 (crescimento de 1,7% em relação ao ano anterior) e em 2005 (crescimento de 1% em relação ao ano anterior).

Esse autor analisa, também, as mudanças institucionais e macroeconômicas que levaram a esses aumentos de carga tributária, mostrando que, entre 1994 a 2009, o primeiro período está mais relacionado ao aumento das receitas por meio de mudanças institucionais, ao passo que os períodos mais recentes têm sido impactados por mudanças macroeconômicas.

Em anos recentes, a máquina arrecadadora modernizou-se, em todos os níveis de governo, e capacitou-se a desempenhar, com eficiência, sua função de cobrar impostos. Para que os caminhos da máquina arrecadadora e da estrutura do sistema tributário convirjam e os impostos possam ser recuperados como instrumentos efetivos de política econômica e social do Estado, resta vencer resistências e realizar uma verdadeira e abrangente reforma do sistema tributário, resgatando importantes

princípios que devem cimentar suas estruturas, como os da equidade e do equilíbrio macroeconômico e federativo (OLIVEIRA, 2010, p. 211).

Parece ainda haver espaço para melhorar a estrutura de arrecadação, especialmente em estados e municípios. Resumindo, as expectativas sobre o gasto público em saúde dependem da regulamentação da EC/29, mas, também, fortemente, dos cenários para a economia brasileira.

As possibilidades de ampliar o gasto público em saúde, para além da regulamentação da EC 29, dependem de expectativas sobre uma reforma tributária e sobre o comportamento de variáveis macroeconômicas. Dependem, também, das pressões sobre o orçamento público provenientes de outros setores.

4.4 | Elementos para Construção de Cenários para o Gasto Total em Saúde

Conforme analisado anteriormente, o sistema de saúde brasileiro é financiado por fontes públicas e privadas. Atualmente, mais da metade do gasto em saúde provém de recursos alocados pelas empresas e pelas famílias. Além disso, parte do consumo final de bens e serviços de saúde pelas famílias tem seu preço subsidiado pelo governo e parcela do gasto pode ser restituída por meio dos impostos de renda de pessoa física e jurídica e há ainda outras possibilidades de isenções tributárias e subsídios públicos. Assim, além de alocação de recursos privados, o consumo de bens e serviços pelo mercado conta com subsídios diretos e indiretos do setor público.

A construção de cenários relacionados à composição do financiamento e do gasto total (público e privado) e seu volume dependem de expectativas quanto à atuação do governo, dos partidos políticos, da sociedade civil organizada e de outros segmentos sociais em defesa de posições mais ou menos favoráveis à estruturação de um sistema de saúde baseado majoritariamente em financiamento público[52] ou em defesa do crescimento da oferta de serviços mediada pelo segmento de planos e seguros de saúde. Dependem, também, da gestão e organização do sistema público de forma que a sociedade perceba que pode utilizar e contar com serviços públicos de qualidade, reduzindo o recurso aos serviços intermediados por planos e seguros de saúde.

Assim, além da organização social e política brasileira, a estruturação de um sistema público universal depende das expectativas e possibilidades na repartição público-privada no financiamento do sistema e oferta de serviços de saúde, bem como da capacidade e interesse dos agentes do Estado para regular essa relação visando a priorização do sistema público.

---

52 O sistema de saúde do Brasil baseado em direitos incorpora conceitos dos modelos prevalentes na Europa Ocidental no final da década de 70 e ao longo dos anos 80. Esses modelos, além da prevalência do financiamento público destacado anteriormente adotam, também, modelos determinados de organização de sistema de saúde (CEBES, 2010, p.6).

4.4.1 | Cenário pessimista e plausível

No momento em que foi elaborado, neste cenário previa-se a manutenção, ou até mesmo um maior favorecimento das regras de subsídio para o consumo privado de bens e serviços de saúde e ampliação do número de operadoras de planos de saúde com rede de serviços pouco estruturada e a incorporação de novos segmentos populacionais mediante a flexibilização de coberturas assistenciais. Não havia perspectivas de regulamentação da EC 29. Com isso, ampliava-se ainda mais a participação privada no financiamento e na oferta de serviços de saúde e era reforçada a perspectiva de um sistema público de atenção a saúde direcionado para os segmentos mais pobres, mas com serviços de baixa qualidade e de escassa incorporação tecnológica. Os serviços mais caros e de maior complexidade eram utilizados pelos segmentos de maior renda e cada vez mais como forma de subsídio ao funcionamento dos planos e seguros de saúde. O resultado final era a ampliação das dificuldades de acesso da população à assistência médica, com privilégios cada vez mais expressivos para determinados segmentos da população.

4.4.2 | Cenário inercial e provável

Os subsídios diretos e indiretos do governo ao setor privado seriam mantidos nos níveis de 2011 ou cresceriam discretamente. Não seriam resolvidos os problemas decorrentes das situações de imbricamento entre o financiamento público e privado da saúde. O gasto total cresceria e seria mantida, sem maior alteração, a relação percentual entre participação pública e privada no financiamento total. Nesse cenário a EC 29 seria regulamentada, sem mudança na regra de vinculação da União, mas com clara definição do que eram ações e serviços públicos de saúde. Assim, os recursos públicos para o SUS, apesar de apresentarem crescimento não tão discreto, continuariam não sendo suficientes para melhorar substantivamente a qualidade dos serviços prestados pelo sistema público.

4.4.3 | Cenário otimista e desejável

Nesse cenário, os subsídios diretos e indiretos do governo ao setor privado seriam gradativamente reduzidos e ampliava-se o financiamento público para a saúde, pela regulamentação da EC 29, com a mudança da regra de vinculação dos recursos da União e porque novas fontes de recursos eram destinadas para a saúde por meio de revisão dos mecanismos tributários e ampliação da eficiência e equidade do sistema tributário nacional (União, estados e municípios), repartição dos *royalties* do petróleo e dos fundos do pré-sal visando à consolidação nacional de um sistema público de prestação de serviços, com clara e inequívoca priorização do SUS no financiamento público.

Para isso, seriam adotadas medidas reguladoras e de financiamento que, ao mesmo tempo em que fosse reduzindo os subsídios diretos e indiretos para o setor privado, fosse tornando o SUS, em todos os seus níveis, mais atrativo para a classe média e os segmentos da população que se encontram no último quartil da distribuição pessoal da renda.

Em 2013, ainda que a EC 29 tenha sido regulamentada, há vários indicativos de ampliação dos subsídios públicos ao setor privado, sem aumento significativo de recursos públicos para a saúde de caráter universal. Desta forma este último cenário mostra-se cada vez mais distante e exigirá um reforço continuado da luta política em favor do aumento de recursos públicos para o SUS e restrição à ampliação dos incentivos públicos ao setor privado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início de sua implantação, no final da década de 1980, o SUS tem convivido com problemas de financiamento. Iniciativas foram tomadas para minorar, pelo menos em parte, o problema. A aprovação da CPMF, em 1996, e da Emenda Constitucional 29, em 2000, foram as mais importantes.

A EC 29 talvez tenha sido a que trouxe melhores resultados, seja pelo aporte de recursos propiciado ao sistema (cerca de 1% do PIB entre 2000 e 2010), seja por ter incorporado os estados, DF e municípios, de forma mais consistente e solidária, no financiamento do SUS, uma vez que dois terços do aumento de recursos no período citado foram provenientes de recursos próprios dessas instâncias de governo. Mas, ao mesmo tempo em que isso ocorria, o Governo Federal, também manteve e até aumentou o gasto tributário decorrente de isenções fiscais, principalmente relacionadas ao Imposto de Renda, à saúde privada, em nítido descompasso com o comprometimento exclusivo que deveria ter com o sistema público e universal.

Por outro lado, o avanço na implantação do SUS, principalmente a implementação da diretriz de descentralização, provocou mudanças significativas na execução financeira do MS, com diminuição exponencial das aplicações diretas e aumento das transferências para estados, DF e municípios. Mudanças também se verificaram na execução financeira por programas/ações. O novo perfil reflete as novas prioridades que a direção nacional tenta imprimir ao modelo de atenção do SUS, com destaque para as aplicações na área de atenção básica. Contudo, nem o aumento das transferências federais para as esferas subnacionais, nem a eleição de novas prioridades foram suficientes para reduzir, de forma significativa, as desigualdades existentes na alocação regional de recursos para as ações e serviços públicos de saúde.

A aprovação da regulamentação da EC 29 em janeiro de 2012 certamente propiciará incremento de recursos para o SUS, ao resolver problemas que levavam à perda de recursos, decorrente de inúmeros estratagemas. Nada obstante, não foi aprovada a mudança no critério de vinculação dos recursos federais para o sistema, o que poderia significar um aumento maior no volume de recursos.

Os cenários para o financiamento público da saúde apresentados neste trabalho representaram uma aproximação de diferentes perspectivas para o financiamento e gasto do sistema de saúde no Brasil. Não são projeções do futuro nem tem a pretensão de apresentar, com maior rigor, valores esperados para o volume dos recursos públicos e possibilidades para o gasto total. O objetivo principal era, quando foram elaborados, o de apresentar para debate, cenários que, considerando a situação então vigente e considerando algumas possibilidades futuras, poderiam trazer implicações para o financiamento da saúde. Para efetivamente estimular a discussão sobre cenários futuros é necessário aprofundar o debate e desenvolver estudos sobre alguns temas como, por exemplo, os listados a seguir:

1. ter claro qual o modelo de sistema de saúde que se quer para o Brasil;

2. fazer estudos sobre as tendências de investimento do setor privado, com claro conhecimento das inter-relações entre as diversas empresas que compõem esse segmento;

3. analisar as possibilidades e fontes de financiamento para o setor público;

4. realizar estudos que possibilitem ter uma base mais clara sobre as necessidades de financiamento para o setor público, considerando as necessidades de investimento, recursos humanos e custeio para a estruturação de um modelo de sistema de saúde para o país;

5. analisar as proposta de medidas possíveis, viáveis e desejáveis de regulação da relação público-privada.

Além disso, será necessário:

1. melhorar nossos sistemas de informações para se ter um conhecimento mais adequado do gasto funcional com saúde realizado por estados e municípios;

2. ter informações disponíveis e ampliar nossa capacidade analítica sobre os diversos mecanismos de financiamento do setor público direcionados ao setor privado;

3. debater com pessoas que estejam acompanhando e analisando a atuação do Congresso a regulação do sistema brasileiro de saúde;

4. recolocar no debate político a necessidade de consolidar o sistema público de prestação de serviços, com clara e inequívoca priorização do SUS no financiamento público;

5. analisar os cenários internacionais e as perspectivas que se colocam para manutenção e estruturação de sistemas públicos universais.

6 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOP. Associação Brasileira de Orçamentos Públicos. **Análise de alguns dados financeiros agregados dos orçamentos fiscal, da seguridade social e de investimento da união de 200**9. Informe n. 75, março de 2009.

__________. **Análise de alguns dados financeiros agregados dos orçamentos fiscal, da seguridade social e de investimento da união de 2006**. Informe n. 69, março de 2006.

BARROS, ME; PIOLA, SF e VIANNA, SM. **Políticas de Saúde no Brasil:** Diagnóstico e Perspectivas, Brasília: IPEA, Texto para Discussão nº 401, 1996.

BIASOTO JR., G. **Setor Saúde:** constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas. (mimeo) IE/UNICAMP: Campinas, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS.** Nº 1, Volume 5, julho de 2009.

__________. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS). **Minuta de Análise dos Gastos da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no período 2000 a 2010.** Documento elaborado por subgrupo da Câmara Técnica do SIOPS, Brasília, outubro 2011, mimeo.

BRASIL. SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Imposto de Renda Pessoa Física:** manual de preenchimento. Declaração de Ajuste Anual Modelo Completo. Ano-calendário 2008. Brasília, 2009.

BRASIL. SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Demonstrativo dos Gastos Tributários** — Estimativas Bases Efetivas — 2009 — Série 2007 a 2011. Brasília, 2012. Disponível em http://www.receita.fazenda.gov.br/publico/estudotributario/BensTributarios/2009/DGTAC2009.pdf

CASTRO, J. A. de *et al*. **Gasto Social e Política Macroeconômica:** trajetórias e tensões no período 1995 — 2005. Brasília: IPEA, Texto para Discussão nº 1324, janeiro de 2008.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção "Para entender a gestão do SUS", nº 2).

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**, Brasília: CONASS, 2007. 164 p (Coleção Progestores — Para entender a gestão do SUS, nº 3).

CEBES. **Política Pública de Saúde:** Qual o Rumo? RJ, 2010.

DINIZ, B.P.C. et al. (2007b) Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In Silveira, F.G. et al. (Org.) **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas.** Brasília, IPEA, vol. 2, 2007.

FERNANDES, M. A. et al. **Gasto Social das Três Esferas de Governo:** 1995. Texto para Discussão nº. 598. IPEA: Brasília, 1998.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A Saúde no Brasil em 2030** — Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro", Fundação Oswaldo Cruz. (et. al.). Rio de Janeiro:Fiocruz/IPEA/MS/SAE/PR, 2012.

HSIAO, W. Why is a systemic view of health financing necessary? **Health Affairs**, Vol. 25, n 4, p. 950-961, july/august 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade** — 1980-2050 — Revisão 2008. Diretoria de Pesquisas/ Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

________. **Conta Satélite de Saúde,** Brasil 2007 — 2009. Contas Nacionais, número 37, Rio de Janeiro, 2012.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas Sociais:** acompanhamento eanálise — Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nº 13, Edição Especial, 2007.

________. **Políticas Sociais:** acompanhamento e análise — Vinte Anos da Constituição Federal — Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Volume 1 nº 17, 2009a.

________. **Políticas Sociais:** acompanhamento e análise — Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. nº 19, 2011.

________. Diretoria de Estudos e Políticas Macroeconômicas. **O que explica a recente queda da receita tributária federal?** IPEA: Brasília. Nota Técnica n. 14, agosto de 2009b.

KUTZIN J et. al. Lessons from health financing reform in central and eastern Europa and former Soviet Union; **Health Economics, Policy an Law;** Vol. 5, abril, 2010, Cambridge University Press.

MENDES, A; MARQUES, R. A Saúde Pública sob a Batuta da Nova Ordem. ***In***: MARQUES, R; FERREIRA, M (Orgs.). **O Brasil sob a nova ordem:** a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula. São Paulo: Saraiva, 2009.

OLIVEIRA, F.A. A evolução da estrutura tributária e do fisco brasileiro: 1889-2009. *In:* CASTRO, JÁ; SANTOS, CHM; RIBEIRO, JAC (Org.). **Tributação e equidade no Brasil:** um registro da reflexão do IPEA no biênio 2008-2009, Brasília: IPEA, 2010.514 p.: gráfs., tabs.

OMS. Organização Mundial da Saúde**. Informe de Estadisticas Sanitárias Mondiales.** Genebra, 2008.

________. **Informe sobre la Salud en el Mundo.**Genebra, 2000

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Health in the Americas**, 2007 — Volume I — Regional.

PIOLA, SF *et al.* **Estado de uma Nação** . Textos de Apoio: Saúde no Brasil: Algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde. Brasília: IPEA, Texto para Discussão n. 1391, 2008.

PIOLA, S.F. et al. **Financiamento Público da Saúde:** uma história a procura de rumo. Texto para Discussão. IPEA: Brasília, 2013 (no prelo).

PIOLA, SF; BIASOTO JR, G. Financiamento do SUS nos anos 90. *In*: NEGRI, B; GIOVANNI, G. (Org.) Brasil. **Radiografia da Saúde.** Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, Campinas, 2001.

PRADHAN, M e N. PRESCOTT. Social Risk Management Options for Medical Care in Indonesia. **Health Economics 11**, p. 431-46, 2002.

RODRIGUEZ, J. **Elasticidade-PIB de longo prazo da receita tributária no Brasil:** abordagem do índice de Divisia: evidências empíricas no período 1975-1997. Brasília, UnB. Dissertação de Mestrado, 1999.

RIBEIRO, JA; PIOLA, SF e SERVO, LMS. **As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil.** Apresentado na II Jornada de Economia da Saúde da ABRES, Belo Horizonte, Dez.2005. Publicado na revista Divulgação em Saúde para Debate, CEBES: Rio de Janeiro.

SCHIEBER*et al*. Financing global health: Mission unaccomplished. **Health Affairs,** Vol. 25, n 4, p. 921-934, 2007.

SERVO, L. M. *et al*. Financiamento e Gasto Público de Saúde: Histórico e Tendências. In MELAMED, C. e PIOLA, S. (orgs) **Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde.** Brasília: IPEA, 2011.

SERVO, LMS; PIOLA, SF; SÁ, EB; PAIVA, AB. **Financiamento da Saúde no Brasil.** Texto Elaborado para compor a publicação Brasil em Desenvolvimento, Brasília: IPEA, 2011.

________. **Nota técnica 10/2010**. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 12 de dezembro de 2011.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. **Revista Saúde e Sociedade,** v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992.

WAGSTAFF, A., e VAN DOORSLAER, E. Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with Applications to Vietnam 1993–98. **Health Economics** 12, p, 921–34, 2003.

WAGSTAFF *et al*. Equity in the finance of helath care: futher internacional comparisons; **Journal of Health Economics** 18 (1999) Elsevier.

WHO. **World Health Statistics 2010**. Genebra, 2010.

XU, K. **Distribution of health payments and catastrophic expenditures** — methodology. Genebra: WHO, 2005 (Discussion paper, n. 2, EIP/HSF).WHO, 2005 (Discussion paper, n. 2, EIP/HSF).

ANEXO

Quadro A1. Cenário inercial para o gasto federal com saúde

Período /Ano	PIB (Var. Nominal)	Gasto Federal Saúde	PIB Estimado	Gasto Federal Saúde/PIB
2012	1,103	81.204.121.503	4.455.029.785.740,19	1,82%
2013	1,108	89.279.424.764	4.935.059.245.153,69	1,81%
2014	1,113	98.439.940.142	5.491.282.370.086,10	1,79%
2015	1,102	109.046.843.692	6.052.842.870.380,58	1,80%
2016	1,065	121.337.349.875	6.448.247.857.309,63	1,88%
2017	1,064	133.745.792.622	6.861.474.148.873,53	1,95%
2018	1,064	142.482.803.398	7.300.471.264.918,46	1,95%
2019	1,063	151.613.600.130	7.760.755.027.464,67	1,95%
2020	1,063	161.313.838.266	8.249.255.752.668,43	1,96%
2021	1,063	171.484.433.798	8.767.651.358.049,74	1,96%
2022	1,062	182.278.521.483	9.314.993.913.204,39	1,96%
2023	1,061	193.733.177.191	9.881.080.065.800,69	1,96%
2024	1,060	205.827.455.110	10.474.409.280.511,80	1,97%
2025	1,059	218.335.898.298	11.095.777.425.055,00	1,97%
2026	1,059	231.446.313.983	11.748.264.616.535,30	1,97%
2027	1,058	245.176.287.945	12.429.393.754.208,20	1,97%
2028	1,057	259.593.879.557	13.134.575.408.853,20	1,98%
2029	1,056	274.644.353.912	13.868.890.116.236,00	1,98%
2030	1,055	290.226.301.332	14.632.774.714.948,10	1,98%

Fonte: Variação Real do PIB e INPC. SOF. PLDO2012. Anexo 3.5.
Gasto Federal em Saúde — 2010 — SIAFI/SIDOR. 2011–2030. Estimado pela variação nominal do PIB.

Quadro A2. Gasto Estadual, sem regulamentação e considerando elasticidade unitária

Período /Ano	PIB (Var. Nominal)	Receita Vinculada	% Recurso Saúde	Gasto Estadual com Saúde	PIB	Gasto Federal Saúde/PIB
2010	1,14	270.555.531.578,00	10,0%	27.055.553.157,80	3.675.000.000.000,00	0,74%
2011	1,10	297.460.791.138,01	10,0%	29.746.079.113,80	4.040.458.537.500,00	0,74%
2012	1,10	327.981.755.612,72	10,0%	32.798.175.561,27	4.455.029.785.740,19	0,74%
2013	1,11	363.321.789.780,00	10,0%	36.332.178.978,00	4.935.059.245.153,69	0,74%
2014	1,11	404.271.243.723,41	10,0%	40.427.124.372,34	5.491.282.370.086,10	0,74%
2015	1,10	445.613.638.191,54	10,0%	44.561.363.819,15	6.052.842.870.380,58	0,74%
2016	1,07	474.723.571.913,23	10,0%	47.472.357.191,32	6.448.247.857.309,63	0,74%
2017	1,06	505.145.519.933,93	10,0%	50.514.551.993,39	6.861.474.148.873,53	0,74%
2018	1,06	537.464.730.299,30	10,0%	53.746.473.029,93	7.300.471.264.918,46	0,74%
2019	1,06	571.351.075.347,58	10,0%	57.135.107.534,76	7.760.755.027.464,67	0,74%
2020	1,06	607.314.768.785,33	10,0%	60.731.476.878,53	8.249.255.752.668,43	0,74%
2021	1,06	645.479.339.827,95	10,0%	64.547.933.982,80	8.767.651.358.049,74	0,74%
2022	1,06	685.775.001.315,06	10,0%	68.577.500.131,51	9.314.993.913.204,39	0,74%
2023	1,06	727.450.576.807,48	10,0%	72.745.057.680,75	9.881.080.065.800,69	0,74%
2024	1,06	771.131.801.593,04	10,0%	77.113.180.159,30	10.474.409.280.511,80	0,74%
2025	1,06	816.877.267.893,04	10,0%	81.687.726.789,30	11.095.777.425.055,00	0,74%
2026	1,06	864.913.735.631,49	10,0%	86.491.373.563,15	11.748.264.616.535,30	0,74%
2027	1,06	915.058.839.282,20	10,0%	91.505.883.928,22	12.429.393.754.208,20	0,74%
2028	1,06	966.974.702.528,87	10,0%	96.697.470.252,89	13.134.575.408.853,20	0,74%
2029	1,06	1.021.035.357.223,15	10,0%	102.103.535.722,32	13.868.890.116.236,00	0,74%
2030	1,06	1.077.272.963.663,65	10,0%	107.727.296.366,37	14.632.774.714.948,10	0,74%

Fonte: Variação Real do PIB e INPC. SOF. PLDO2012. Anexo 3.5.
Gasto Estadual em Saúde. 2011–2030. Estimado considerando elasticidade unitária (variação igual a variação nominal do PIB).

Quadro A3. Gasto Municipal, sem regulamentação e considerando elasticidade unitária

Período /Ano	PIB (Var. Nominal)	Receita Vinculada	% Recurso Saúde	Gasto Municipal com Saúde	PIB	Gasto Federal Saúde/PIB
2010	1,14	183.806.699.564,10	18,0%	39.717.158.947,59	3.675.000.000.000,00	1,08%
2011	1,10	202.085.264.898,90	15,0%	30.312.789.734,84	4.040.458.537.500,00	0,75%
2012	1,10	222.820.223.503,85	15,0%	33.423.033.525,58	4.455.029.785.740,19	0,75%
2013	1,11	246.829.102.586.39	15,0%	37.024.365.387,96	4.935.059.245.153,69	0,75%
2014	1,11	274.648.840.495,25	15,0%	41.197.326.074,29	5.491.282.370.086,10	0,75%
2015	1,10	302.735.529.519,66	15,0%	45.410.329.427.95	6.052.842.870.380,58	0,75%
2016	1,07	322.511.879.353,30	15,0%	48.376.781.902,99	6.448.247.857.309,63	0,75%
2017	1,06	343.179.569.373,83	15,0%	51.476.935.406,07	6.861.474.148.873,53	0,75%
2018	1,06	365.136.198.222,37	15,0%	54.770.429.733,36	7.300.471.264.918,46	0,75%
2019	1,06	388.157.487.815,99	15,0%	58.223.623.172,40	7.760.755.027.464,67	0,75%
2020	1,06	412.590.060.886,57	15,0%	61.888.509.132,99	8.249.255.752.668,43	0,75%
2021	1,06	438.517.839.197,78	15,0%	65.777.675.879,67	8.767.651.358.049,74	0,75%
2022	1,06	465.893.411.604,29	15,0%	69.884.011.740,64	9.314.993.913.204,39	0,75%
2023	1,06	494.206.453.067,60	15,0%	74.130.967.960,14	9.881.080.065.800,69	0,75%
2024	1,06	523.882.067.954,95	15,0%	78.582.310.193,24	10.474.409.280.511,80	0,75%
2025	1,06	554.960.061.931,21	15,0%	83.244.009.289,68	11.095.777.425.055,00	0,75%
2026	1,06	587.594.488.373,08	15,0%	88.139.173.255,96	11.748.264.616.535,30	0,75%
2027	1,06	621.661.454.025,48	15,0%	93.249.218.103,82	12.429.393.754.208,20	0,75%
2028	1,06	656.931.416.619,62	15,0%	98.539.712.492,94	13.134.575.408.853,20	0,75%
2029	1,06	693.658.481.328,57	15,0%	104.048.772.199,29	13.868.890.116.236,00	0,75%
2030	1,06	731.864.496.821,67	15,0%	109.779.674.523,25	14.632.774.714.948,10	0,75%

Fonte: Variação Real do PIB e INPC. SOF. PLDO2012. Anexo 3.5.
Gasto Municipal em Saúde. 2011–2030. Estimado considerando elasticidade unitária (variação igual a variação nominal do PIB)

Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: realidade e futuro do SUS

MIX PÚBLICO-PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO:
REALIDADE E FUTURO DO SUS

Isabela Soares Santos
Maria Angelica Borges dos Santos
Danielle da Costa Leite Borges

1 | INTRODUÇÃO

A discussão sobre o chamado *mix* público-privado surge nos últimos vinte anos, no bojo dos movimentos de reforma do Estado. Seu foco são questionamentos sobre méritos e deméritos, escopo e limites da atuação do setor privado e do Estado no financiamento e na produção de bens e serviços nos diferentes segmentos da economia. Em essência, as investigações sobre o *mix* público-privado buscam definir as combinações ideais de participação dos setores público e privado nos diferentes segmentos das economias nacionais (KHAN, 2009).

A participação pública e privada na economia pode abranger uma profusão de arranjos contratuais entre o Estado (setor público) e o setor privado. Portanto, a investigação do *mix* público-privado inclui as diversas relações que podem ser estabelecidas entre o setor público e o privado nas chamadas parcerias público-privadas, nas terceirizações de serviços públicos para o setor privado (RAJASULOCHANA e DASH, 2009) e em diversas novas formas de arranjos contratuais entre o Estado e o setor privado.

Especificamente nas áreas de saúde e educação, setores da economia nos quais normalmente existem aportes de recursos governamentais (públicos) e de famílias (privados), o termo *mix* público-privado é frequentemente utilizado para referir-se às participações de governo e famílias no financiamento de bens e serviços de saúde e aos arranjos de financiamento utilizados, o que introduz outra dimensão à discussão do tema.

As peculiaridades econômicas do produto saúde instigaram o surgimento de uma linha de debate acalorado sobre a "composição ótima" do *mix* público-privado na comunidade de pesquisa internacional, onde é crescente a produção de estudos

técnico-científicos que analisam como a relação entre o público e o privado se dá, na prática, nos sistemas de saúde. Exemplos de tal produção são os trabalhos de Chernichovsky (2000), Cutler (2002), van Doorslaer et al. (2002), OCDE (2004) Tuohy et al. (2004), Mossialos e Thompson (2004), Jones et al. (2005), Fusté et al. (2005) e Maynard (2005).

Segundo Saltman (2003), o mix público-privado, seja da prestação de serviços, seja de seu financiamento, já ocorre em diversos países europeus há mais de meio século, pois desde que foram implantados os sistemas nacionais de saúde coexistem Estado e setor privado na prestação de serviços de saúde, sempre que é permitida a provisão por entes privados.

Esses arranjos existem, segundo Stiglitz (1994), em quase todos os países; em suas palavras, "na maioria dos países há uma combinação de ações públicas e privadas, mas esta combinação varia entre os países e no tempo". Para este autor, é preciso compreender como o *mix* público-privado se dará em cada sociedade e a sua relação com os princípios que norteiam cada sistema de proteção social: "um problema fundamental com que se enfrentam muitos países é qual a combinação adequada para as circunstâncias atuais" (STIGLITZ, 1994: 27).

Nas últimas décadas, diversas mudanças vêm ocorrendo no contexto ideológico, político e socioeconômico de muitos países, diretamente relacionadas ao debate sobre o tamanho e as funções do Estado na sociedade. No caso dos sistemas nacionais de saúde, construídos com base nos alicerces de proteção social do *welfare state*, as transformações correspondem a um movimento de rearranjo e adequações de seu modelo, tendo sido agregadas questões que despontam na sociedade a partir da década de 1980, comumente identificadas por valores do individualismo e da valorização do mercado e do setor privado. Tais questões são elementos centrais do ideário neoliberal (UGÁ e MARQUES, 2005). Nesse sentido, uma crítica que se faz aos sistemas nacionais de saúde é justamente a de que estes têm dificuldade em atender às demandas individuais, por terem como prioridade aquelas coletivas.

Muitas das mudanças são diretamente relacionadas ao papel do setor privado nos sistemas de saúde, como o aumento progressivo do peso do setor privado no financiamento total do setor Saúde e a tendência de transferência da execução, mais ou menos regulada, de serviços do setor público para o privado — por exemplo, a privatização, que é um ponto amplamente defendido nas reformas administrativas e políticas dos Estados desde fins da década de 1970 e é quesito central nas reformas neoliberais. Estas mudanças resultam no imbricamento cada vez maior do Estado com os agentes privados na prestação e no investimento que se faz no sistema de saúde.

Entretanto, o crescimento do setor privado nos países europeus e a maior inserção deste setor nos sistemas de saúde não necessariamente afetaram a estrutura

desses sistemas, herdadaos de meados do século XX. Em quase todos os casos, a alteração na configuração das relações entre o público e o privado nos sistemas de saúde não correspondeu a uma retração das responsabilidades e funções do Estado do ponto de vista do financiamento, da elaboração de políticas públicas de saúde e condução do sistema de saúde, tampouco ao crescimento do setor de seguros privados de saúde. Contudo, ainda não está claro em que medida a dimensão crescentemente mercantil da prestação de serviços de saúde pode contribuir para ampliar os gastos em saúde ou, pelo contrário, e como é frequentemente alegado por seus defensores, tornar os sistemas de saúde mais eficientes (PREKER e HARDING, 2000).

O que se verificou foi, fundamentalmente, a introdução e a coexistência — pactuada e regulada — de mecanismos de mercado no âmbito do setor público e o aumento do gasto privado direto, sobretudo aquele gasto realizado para fins de copagamento para garantir acesso a serviços de saúde parcialmente cobertos pelo sistema público, ou seja, cuja cobertura depende da complementação de seu financiamento (MOSSIALOS e THOMPSON, op. cit.).

Além disso, e como já mencionado acima, as transformações que os arranjos público-privados vêm sofrendo se dão não apenas pelo crescimento do setor privado, mas também por mudanças no formato administrativo-jurídico e de financiamento das instituições que prestam serviços de saúde e no tipo de contrato de prestação dos serviços, fazendo com que os conceitos de público e privado venham se transformando e se tornando cada vez mais "difusos" (SALTMAN, 2003: 27).

Todas essas mudanças conferem dinamismo ao *mix* público-privado que, ao contrário de um fenômeno estático, é uma situação em constante mutação. Assim, além da coexistência do público e do privado nos sistemas de saúde parecer inevitável em praticamente todos os países do mundo, como afirma Saltman (op. cit.), ela resulta de uma determinada configuração em dado momento e, por este motivo, é dinâmica.

Além disso, o *mix* público-privado deve ser estudado considerando-se os diversos mecanismos e modelos de prestação de serviços utilizados pelos países, não sendo possível, por exemplo, extrapolar o desempenho dos vários tipos de *mix* entre sistemas de saúde diferentes (MARMOR, 2001). Cabe, portanto, estudar o mix público-privado no contexto das várias economias e sistemas de saúde nacionais.

Diante deste contexto, colocamos questões que nortearão a análise aqui desenvolvida. Como vem se estruturando o sistema de saúde no Brasil, na perspectiva da presença e da produção de prestadores públicos e privados e de seu financiamento pelo governo e pelas famílias? Os arranjos público-privados são consistentes com os objetivos gerais do sistema de saúde — de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde e à garantia do direito social à saúde tal como previsto na Constituição Federal? Onde e de que maneira o setor

privado afeta e interfere no sistema de saúde e quais são suas interfaces com o setor público? Como os arranjos público-privados interferem na sustentabilidade do setor de saúde? Para proteger o interesse público, quais são as necessidades de fomento ou de regulação? E, finalmente, como formular políticas de investimento e de melhorias do SUS tendo em vista os arranjos público-privados?

Considerando que as questões acima propostas são amplas e complexas, seria impossível respondê-las por completo em um único capítulo. No entanto, foi a busca por respostas para tais questões que norteou o desenvolvimento deste capítulo. Dessa forma, a primeira parte deste capítulo apresenta uma visão geral do sistema de saúde brasileiro. A segunda parte, "Rede de Prestadores e Produção de Serviços", de autoria de Maria Angelica Borges dos Santos, apresenta as dimensões micro e macroeconômicas do mix público-privado no sistema de saúde brasileiro, especialmente no que toca à rede de prestadores e à produção de serviços. E a terceira parte "A Cobertura Duplicada e os Impactos sobre a Desigualdade", de autoria de Isabela Soares Santos e Danielle da Costa Leite Borges, trata da questão da cobertura duplicada e de seus impactos sobre a desigualdade no acesso/uso dos serviços de saúde, concluindo com uma análise do papel do Estado na regulação de tais desigualdades.

2 | VISÃO GERAL DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O sistema de saúde brasileiro segue, a partir da Constituição de 1988, o modelo dos sistemas nacionais de saúde. Assim, o Sistema Único de Saúde, SUS, está fundamentado nos princípios clássicos de um Sistema Nacional de Saúde, quais sejam: universalidade, integralidade, igualdade, acesso gratuito no momento do uso do serviço e financiamento por meio de tributos. Contudo, herdou do período precedente um forte segmento de prestadores e de empresas de assistência privada de saúde, os planos e seguros privados.

A criação do SUS foi fortemente influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se desenvolveu inspirado tanto pelo ideal de proteção social solidária, o qual embasou as reformas dos sistemas de saúde europeus no pós Segunda Guerra Mundial, como pelo contexto interno do movimento contra a ditadura e pelas liberdades democráticas.

Uma das características apresentadas pelo *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro diz respeito à prestação e produção de serviços. O SUS produz serviços em unidades de saúde, incluindo os hospitais públicos e os privados complementares, estes últimos podendo ser conveniados ou contratados. É nos casos em que os serviços de saúde não são prestados em unidades próprias (públicas), que ocorre uma primeira forma de imbricamento público-privado no campo da prestação

dos serviços. Nesta, a compra e a venda de serviços de saúde se dá entre o poder público e os prestadores privados.

Uma segunda forma de imbricamento público-privado no campo da prestação de serviços de saúde ocorre devido à superposição de demandas aos prestadores privados, os quais prestam serviços às operadoras privadas de assistência à saúde e, paralelamente, vendem também serviços ao poder público (SUS).

A terceira forma de imbricamento no campo da prestação dos serviços ocorre pelo pagamento privado direto de empresas e indivíduos a prestadores privados de serviços de saúde, uma vez que tais pagamentos constituem outro grande segmento de consumo no mercado.

Além disso, seja por meio dos seguros privados ou pelo pagamento privado direto, é possível comprar junto aos estabelecimentos públicos, serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade, o que geralmente ocorre naqueles estabelecimentos com quadro de profissionais referenciados, como os hospitais universitários e de ensino, que realizam serviços de saúde para o SUS. Esse arranjo se dá porque, embora o SUS não permita o financiamento privado de seus serviços, existe um vácuo na legislação que faz com que, na prática, a venda dos serviços para o setor privado possa se dar por intermédio de fundações criadas ou contratadas para gerenciar serviços desses hospitais, as quais não têm impedimento para vender serviços para o setor privado, e aqui reside uma quarta forma de imbricamento público-privado neste campo da prestação.

Finalmente, existem ainda outras formas de imbricamento público-privado na realidade brasileira que ocorrem no campo do financiamento. Elas se dão de três maneiras: (i) pelas desonerações fiscais a prestadores privados e consumidores dos seus serviços; (ii) pelo gasto de órgãos públicos com prestadores privados e operadoras de seguros de saúde para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares, e; (iii) pelo uso de serviços do SUS por clientes de operadoras privadas, nos casos em que não ocorre o ressarcimento ao sistema público.

A marcante participação dos prestadores privados nas três primeiras formas de imbricamento público-privado no campo da prestação, e das operadoras privadas nas quarta e quinta formas, conforma um *mix* público-privado que resulta de uma forma ampla e complexa de indução dos interesses de mercado sobre o desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil.

Devido a esses arranjos entre o público e o privado na estrutura do sistema de saúde brasileiro, partimos da premissa de que ele é um sistema misto, onde o setor público e o privado coexistem no provimento, no financiamento, na demanda e na utilização dos serviços de saúde.

O SUS é responsável por uma produção de serviços de saúde de importância fundamental para o país (SANTOS, 2007): grandes quantidades de atendimentos por unidades básicas, a quase totalidade das vacinações feitas no país, consultas, procedimentos especializados e exames, internações, transplantes, programas bem sucedidos como o de controle e tratamento de pacientes com HIV/AIDS, Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF), ações de vigilância em saúde, desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em imunobiológicos, fármacos, informação, gestão, etc..

A cobertura e o leque de serviços oferecidos pelo SUS vêm aumentando desde sua criação. Como mostrou o estudo de Porto et al (2006), entre 1998 e 2003 houve um importante avanço no uso de serviços de atenção básica, tratamentos hospitalares e exames de alta complexidade fornecidos pelo SUS, em todas as regiões do país.

Ao mesmo tempo, o SUS possui pontos de estrangulamento, como a baixa oferta de serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos (SADT), frequente impossibilidade de agendamento do serviço e de escolha do profissional e do prestador, hotelaria precária, dificuldade de acesso aos serviços e grande tempo em lista de espera para cirurgias eletivas, SADT e consultas a especialistas.

Essas são características diferentes das do seguro privado e possivelmente contribuem para o alto uso de determinados serviços financiados por gasto privado direto e por intermédio de seguros privados entre 1998 e 2003, tais como internações para cirurgias e exames, cirurgias ambulatoriais, gesso e imobilizações, consulta a outros profissionais de saúde, conforme mostraram os resultados da mencionada pesquisa de Porto et al. (op. cit.).

Como bem explicam Cordeiro et al, as diferenças entre o SUS e o segmento suplementar podem ser assim colocadas:

> *convivem de forma contraditória a abundância e a escassez de alguns serviços e de tecnologias, tanto no SUS como no segmento suplementar, ainda que de natureza e graus diferentes. No primeiro, nota-se o aparecimento e o recurso a tecnologias leves enquanto que no segundo predominam as tecnologias duras (...) diferença importante entre o SUS e o segmento suplementar (...) é a ocorrência de abundância de tecnologias leves e da escassez de procedimentos mais complexos no SUS, ocorrendo o contrário no segmento suplementar. Essa situação tem implicações importantes para a qualidade da atenção, ainda que de natureza diferente* (CORDEIRO et al., 2010: 131).

Tendo em vista as diversas formas de imbricamento entre o publico e o privado na realidade do sistema de saúde brasileiro, especialmente no campo da

prestação de serviços de saúde, conforme exposto acima, este capitulo passa agora a investigar como a prestação de serviços de saúde se dá e, posteriormente, como as relações público-privadas impactam sobre a desigualdade.

3 | REDE DE PRESTADORES E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS[1]

A forte presença de prestadores privados é uma marca distintiva do sistema de saúde brasileiro. Em estudo realizado por Hanson e Berman (1995), que abordava o final dos anos 80 e início da década de 90, o Brasil era o país com o maior número de leitos privados por habitante entre 52 países de baixa e média renda nos continentes americano, africano e asiático — 2,5 leitos privados por habitante comparado à média de 0,45 leitos privados por habitante para o conjunto dos países estudados.

Desde então, e ainda que o SUS tenha sido criado e fortalecido, persiste uma importante participação do setor privado, com expansões e retrações que acompanham conjunturas econômicas e políticas. Permanecem pertinentes as indagações sobre as segmentações e especializações assumidas por cada setor no *mix* público-privado e como as estruturas de mercado interagem com a formulação de políticas para influenciar a alocação do gasto e gerar impactos sobre o acesso à saúde e a equidade (BORGES DOS SANTOS e GERSCHMAN, 2004; MACKINTOSH e KOIVUSALO, 2005; SANTOS et al., 2009).

A possibilidade de modular a participação do setor privado na saúde (SMITH, 2004) e definir em que áreas e graus ela potencializa resultados mais alinhados a metas públicas de equidade e eficiência continua a ser reconhecidamente um atributo fundamental para a elaboração e implementação de políticas de saúde (DEBER, 2002; RAJASULOCHANA e DASH, 2009). No entanto, bem mais difícil é dar respostas a algumas questões fundamentais, tais como: quais tipos de configuração de mercado geram inovações socialmente benéficas e quais são as mais perversas (MACKINTOSH e KOIVUSALO, 2005).

Em um país com as dimensões e a diversidade do Brasil, é natural que o *mix* público-privado difira não somente entre especialidades médicas e tipos de serviços, mas também entre as regiões do país. Alguns autores apontam a descentralização das políticas de saúde como um dos elementos que impulsiona o aumento dos custos ao imprimir maior diversidade e dificuldades de articulação aos sistemas de saúde nacionais

---

1 Esta seção conta com disponibilização do trabalho do projeto Inovaensp: "Avanços para a Conta-Satélite de Saúde: características econômicas da produção de serviços de saúde privados e do consumo de serviços de saúde pelas famílias".

(CRIVELLI et al., 2006). O exame detalhado das variações do *mix* segundo fatores regionais e tipos/especialidades de serviços por meio de estudos comparativos configuraria enormes oportunidades de aprendizado. Entretanto, foge às possibilidades deste capítulo.

Nesta Seção será feito um diagnóstico estrutural resumido do *mix* público-privado, o qual incluirá uma descrição de suas dimensões macro e microeconômicas, além de informações que evidenciam, na medida do possível, a evolução do *mix* ao longo do tempo.

As dimensões macroeconômicas captam informações sobre valor e volume da produção, valor adicionado pelas atividades de saúde, despesas de consumo (gastos) e financiamento (custos) e, dados sobre geração de renda e emprego. São informações dessa natureza que permitem dimensionar o tamanho e a atratividade do mercado de saúde e os vários interesses que podem transitar em seu entorno — de interesses empresariais aos de financiadores e beneficiários, passando pelo de trabalhadores empregados pelo setor Saúde (BORGES DOS SANTOS e GERSCHMAN, op. cit.).

Na dimensão que convencionamos denominar microeconômica são sistematizados os recursos disponíveis e utilizados para oferecer esses serviços — fundamentalmente a capacidade instalada e suas especializações e distribuição regional ou segundo financiador — e alguns aspectos do uso e decisões sobre utilização desses serviços.

Esses dados permitem traçar algumas análises sobre estruturação e tendências do *mix* público-privado de prestação de serviços de saúde no Brasil. Ainda assim, permanece a carência de informações para a tomada de decisões sobre interfaces com o setor privado que tenham impactos potenciais sobre o SUS. Decisões dessa natureza vêm sendo cada vez mais frequentemente tomadas no âmbito do SUS e devem ser pautadas em estudos mais detalhados, que considerem os tipos de especialidade/serviços e as regiões específicas envolvidas, além do contexto nacional e global.

3.1 | Dimensões Macroeconômicas do *Mix* Público-Privado

Os dados da Conta-Satélite de Saúde, CSS (IBGE, 2008; IBGE, 2009), dimensionam o mercado de serviços de saúde brasileiro e sua evolução. Tais dados mostram que a produção de serviços de saúde no Brasil em valor (Tabela 1) atingiu R$ 136 bilhões em 2007, sendo de R$ 77 bilhões por prestadores privados e R$ 59 bilhões por prestadores públicos. A partir da Tabela 1 podemos observar que, em 2007, a produção de serviços de saúde (hospitalares e não hospitalares) por estabelecimentos públicos do SUS correspondeu, em valor, a 40% da produção de serviços no país e a produção em estabelecimentos privados a 60% do total. Em 2009 (IBGE, 2012), a produção de serviços

de saúde por prestadores públicos e privados no país atingiu R$ 174bilhões, mantendo-se uma relação entre responsabilidade pela produção ainda marginalmente favorável ao setor privado.

Durante todo o período coberto pela CSS (2000 a 2009), verificamos que o faturamento do segmento de prestadores de serviços não hospitalares privados — que inclui clínicas e centros de tratamento, o crescente segmento de SADT e outras atividades desenvolvidas fora do âmbito hospitalar, inclusive atenção domiciliar — ultrapassou, no agregado, o do hospitalar privado. Em outras palavras, não há respaldo para se considerar que o setor privado de saúde brasileiro seja hoje, sob uma perspectiva econômica, hospitalocêntrico.

Entretanto, observa-se uma tendência ao crescimento do faturamento do setor hospitalar no total dos serviços privados nesse período. Em 2000, as receitas hospitalares equivaliam a 60% do total do faturamento dos serviços não hospitalares privados e, em 2007, a 70%. A tendência é ascendente ao longo de todo o período. Dados sobre o comportamento do volume de serviços também captados pela CSS (BORGES DOS SANTOS et al., 2011) mostram que quase não há crescimento real da oferta de serviços hospitalares privados no período, o que indica que esse aumento deve-se a aumento do preço desses serviços.

Tabela 01. Produção e consumo de serviços de saúde (valores correntes em milhões de R$ correntes). Brasil, 2000 a 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Produção								
Saúde Pública Serviços hospitalares e não hospitalares	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	45.192	52.317	58.960
Saúde Privada Serviços hospitalares privados	14.117	15.911	19.034	20.989	23.115	26.498	29.068	31.439
Serviços não hospitalares privados	22.963	25.917	28.667	31.734	35.159	34.858	41.581	45.516
Total serviços de saúde privados	37.080	41.828	47.701	52.723	58.275	61.356	70.649	76.933
Consumo								
Serviços Privados adquiridos via SUS	8.835	9.782	10.669	10.253	9.921	10.044	12.946	12.163
Serviços Privados adquiridos via Planos/Seguros	Nd	Nd	Nd	Nd	26.352	30.135	33.693	41.708

Fonte: Elaborado a partir de IBGE. Macroeconomia da Saúde 2000–2005 e Conta Satélite de Saúde 2005–2007 e ANS.

No período entre 2005 e 2009, para o qual se dispõe de informações, o mercado de serviços públicos cresceu com maior velocidade do que o de serviços privados, tanto em valor quanto em volume de produção (BORGES DOS SANTOS et al., op. cit.).

Em 2007, os seguros privados de saúde intermediaram 54% do faturamento a prestadores de serviços de saúde privados e o SUS 16%. Estes mesmos percentuais em 2009 eram de 60% e 14%. Entretanto, não estão incluídos nesses dados os serviços privados adquiridos pelo SUS por meio de compras de serviços, contratualizações, além de outras transferências financeiras do SUS para prestadores privados efetuadas no âmbito dos novos modelos de gestão, que não são adequadamente captadas pelos sistemas de informações existentes. Estimamos que a inclusão dessas novas formas de transferência de recursos do SUS para prestadores privados poderia, em 2007, ter acrescentado em torno de R$ 4 bilhões aos serviços privados adquiridos pelo SUS, o que expandiria a parcela de financiamento de serviços privados pelo SUS para aproximadamente 20 a 21% neste período. Em 2009, transferências a instituições sem fins de lucro não computadas nesse percentual já atingiam R$ 7,4 bilhões, fazendo com que o financiamento de serviços privados pelo SUS atingisse patamares pouco acima de 22%. Assim, no período cresceram tanto o financiamento de serviços privados via planos quanto, em menor proporção, via SUS.

Segundo essas mesmas estimativas, o desembolso direto (inclusive copagamentos de seguro privado) das famílias residentes no país e, possivelmente, outras fontes ainda não mapeadas, tais como empresas que pagam diretamente ou o turismo médico (exportação de serviços de saúde), estariam financiando em torno de um quinto dos serviços privados de saúde no país, porém com participação decrescente.

A CSS mostra, também, uma produção de serviços por unidades do SUS para o mercado que variou, em valores correntes, entre R$ 1,278 milhões, em 2000, e R$ 1,541, em 2007. O pico ocorreu em 2005, quando essa produção atingiu R$ 2,269 bilhões. Em princípio, essa produção mercantil indica a prestação de serviços por um fenômeno de dupla porta, como forma deliberada de aumentar as fontes de financiamento por parte das unidades públicas. O ressarcimento ao SUS, ainda pouco formalizado, também seria computado nessa rubrica.

Desde 2009, último ano para o qual há dados da CSS disponíveis, ocorreu aquecimento do mercado privado de serviços de saúde. Para 2010, as estimativas do mercado para faturamento dos serviços privados de saúde eram de mais de R$100 bilhões. O período de 2007 a 2010 foi de intensas mudanças no setor Saúde e na economia mundial. Apesar da crise financeira mundial, no Brasil houve aumento da renda da população e maior oferta de crédito, com aquecimento do consumo. Em função disso, a tendência tem sido um forte investimento das empresas, entre elas as operadoras de seguro de saúde, na ampliação das linhas de produtos e do marketing direcionado às classes C e D.

Os impactos já começam a ser percebidos no aumento das receitas das seguradoras, provocando um cenário que pressiona a composição do *mix* público-privado no sentido do crescimento do poder de mercado das operadoras de seguros privados de saúde e da necessidade de ampliação de sua rede de prestadores devido ao aumento da quantidade de segurados com cobertura para assistência médica-hospitalar no período, que passou de 36,7 milhões em 2006 para 45,5 em 2010 (MS, 2011). As expectativas do mercado privado para 2011 são ainda de continuidade do crescimento dos beneficiários, embora com menor intensidade que em 2010 (ANAHP, 2010), sendo certo que as expectativas mais otimistas torcem por uma ampliação da cobertura de seguros privados para 50% da população.

A receita das operadoras p/c (por segurado) cresceu de R$ 1.158/ ano em 2007 para R$ 1.594/ano em 2010. Esse substancial crescimento do mercado de seguros privados de assistência à saúde no período, com um salto das receitas da ordem de R$ 20 bilhões, sustentou o aumento na participação dos seguros de saúde no financiamento do mercado de serviços de saúde. O ingresso da gigante de planos de saúde americana United Health pela aquisição da AMIL, maior operadora de planos de saúde brasileira em meados de 2012 evidencia da expectativa de crescimento desse setor por parte do mercado internacional. A esse movimento se associa a ampla divulgação dos planos de internacionalização de hospitais de elite brasileiros, com a abertura de alas de atendimento a pacientes estrangeiros (BORGES DOS SANTOS e PASSOS, 2010).

Para além desse indício claro de internacionalização, o mercado de saúde suplementar no Brasil vem se tornando mais e mais concentrado nas grandes operadoras. Entre as 1.041 operadoras que em dezembro de 2010 atuavam no ramo de assistência médico-hospitalar e possuíam clientes (MS, 2011 — op cit.), as seis maiores detêm 21,8% dos segurados, enquanto que as 694 menores operadoras ficam com 10% dos segurados. Tal concentração do mercado aponta para crescente poder das maiores operadoras sobre o mercado. Intervir nessa concentração é um grande desafio. Em 2008 (MS, 2009) as 8 maiores operadoras detinham 21% dos clientes e agora esta clientela está concentrada em apenas 6 operadoras (MS, 2011 — op cit.).

A internacionalização do segmento, com intensificação das estratégias de fusão e aquisição, tende a contribuir para intensificar essa concentração de mercado em curso desde o início da operação da Agencia de Saúde Suplementar, com repercussões ainda não mensuráveis sobre preços.

3.2 | Dimensões Microeconômicas do *Mix* Público-Privado

A classificação da organização dos serviços de saúde utilizada no SUS — atenção básica, de média e alta complexidade — não permite uma correlação clara

com classificações habitualmente usadas para acompanhar as atividades de prestação de serviços de saúde e realizar comparações internacionais. A comparação necessária das características dos segmentos de prestadores públicos e privados para descrever o *mix* de prestadores pressupõe que critérios de classificação uniformes sejam aplicados aos dois setores institucionais.

As informações disponíveis nas principais pesquisas nacionais sobre prestadores (Pesquisa da Assistência Médico Sanitária — AMS/IBGE — e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES) e produção no setor Saúde (Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais — SIH e SIA/DATASUS) permitem organizar os prestadores de saúde segundo tipo de atendimento em estabelecimentos com internação (*proxy* de hospitalares, ainda que serviços de internação não caracterizem, por si só, a existência de um hospital), sem internação (ambulatoriais) e de SADT (esses dois últimos são, às vezes, agregados em não hospitalares) e de acordo com as esferas administrativas ao qual pertencem (pública e privada). Do ponto de vista da vinculação ao SUS, consideram-se as divisões entre estabelecimentos públicos e privados e entre disponíveis ao SUS (privado SUS) e não disponíveis ao SUS (exclusivamente privado).

A primeira dimensão a se considerar para descrever os prestadores diz respeito à quantidade de prestadores públicos e privados no Brasil e suas respectivas filiações às redes do SUS (Tabela 2) e de operadoras de seguros privados (Tabela 3).

Na perspectiva da AMS/IBGE, os prestadores são divididos em: com internação, sem internação e SADT. Ressalte-se que a Pesquisa da AMS/IBGE não contempla os estabelecimentos de saúde que não se constituem como pessoas jurídicas e os que sejam pessoas jurídicas, mas que tenham menos de três profissionais de saúde, não sendo, portanto, possivelmente contabilizada uma parcela significativa dos consultórios privados. A situação em 2009 era a seguinte:

Tabela 02. Estabelecimentos de saúde segundo esfera administrativa, tipo de atendimento e região. Brasil, 2009

	Pública				Privada				Privada/SUS			
	Total	Com internação	Sem internação	Apoio à diagnose e terapia	Total	Com internação	Sem internação	Apoio à diagnose e terapia	Total	Com internação	Sem internação	Apoio à diagnose e terapia
Brasil	52.021	2.839	47.414	1.768	42.049	4.036	20.487	17.526	11.380	2.707	2.525	6.148
N	4.576	387	4.087	102	1.729	231	763	735	516	114	130	272
NE	19.348	1.281	17.550	517	8.886	845	4.745	3.296	2.714	605	900	1.209
SE	16.561	590	15.231	740	18.790	1.675	9.310	7.805	4.032	1.027	824	2.181
S	7.631	263	7.198	170	8.323	845	3.383	4.095	3.211	691	524	1.996
CO	3.905	318	3.348	239	4.321	440	2.286	1.595	907	270	147	490

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

O fato de um estabelecimento ser classificado como privado/SUS não indica que a totalidade de sua capacidade instalada está disponível ao SUS. Quando examinamos, por exemplo, a disponibilidade ao SUS dos equipamentos mais sofisticados em estabelecimentos privados conveniados ao SUS, observa-se que, em média, um terço dos endoscópios, laparoscópios e microscópios cirúrgicos, raios X para hemodinâmica e ressonância magnética permanece para uso exclusivamente privado. Deve ser destacado que a disponibilidade ao SUS cresce em se tratando de tecnologias menos atuais, como ultrassonógrafos e tomografia computadorizada.

Tabela 03. Estabelecimentos de saúde privados segundo região e tipo de convênio. Brasil, 2009

	Total estabelecimentos privados	Particular	Planos terceiros	Planos próprios	SUS
Brasil	42.049	40.128	33.414	2.604	11.380
Norte	1.729	1.676	1.284	99	516
Nordeste	8.886	8.412	6.772	442	2.714
Sudeste	18.790	17.760	14.988	1.332	4.032
Sul	8.323	8.017	6.898	524	3.211
Centro-Oeste	4.321	4.263	3.472	207	907

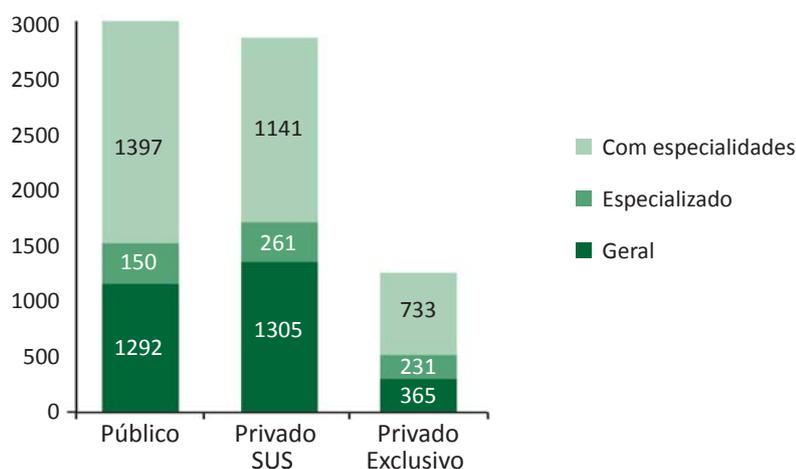
Fonte: Elaborado a partir de IBGE, Pesquisa de Assistência Médico–Sanitária, 2009.

No Brasil, excluídos os consultórios particulares de profissionais de saúde não contabilizados na AMS/IBGE-2009, 28,3% dos estabelecimentos privados são conveniados ao SUS e 83,3% a planos de terceiros. A região Sul é aquela que apresenta a maior proporção de estabelecimentos privados credenciados pelo SUS (40%) e por planos de terceiros (86%). Entretanto, 2707 dos prestadores privados com internação (67%), entre os 4036 identificados na AMS, referem convênio com o SUS, o que mostra a importância do SUS para esse segmento, talvez como decorrência das regras que regem a concessão de certificados de filantropia. Ainda assim, houve uma importante mudança de panorama nas últimas décadas, já que na década de 80 quase 100% dos hospitais privados brasileiros eram conveniados ao INAMPS (MÉDICI, 1990).

3.2.1 | Segmento hospitalar

Para acompanhar a evolução dos estabelecimentos hospitalares no *mix* público- privado, mais do que nos concentrarmos no número de estabelecimentos com internação, que nos remete às indefinições sobre o que seria um hospital (RIBEIRO, 2009), vale a pena estudar o grau de especialização desses estabelecimentos e a evolução do número de leitos e internações.

O Gráfico 1 mostra a segmentação dos estabelecimentos com internação segundo seu grau de especialização, confirmando a maior especialização dos prestadores exclusivamente privados. Entre os 1329 prestadores com internação exclusivamente privados, 27,5% são hospitais gerais e 17,4% especializados. Para os estabelecimentos públicos esses percentuais são de 45,5% e 5,2%,e, para os privados conveniados ao SUS, de 48,2 % e 9,6 %.

Gráfico 01. Estabelecimentos com internação segundo natureza jurídica, especialização e relação com o SUS. Brasil, 2009

Fonte: Elaborado a partir de IBGE, Pesquisa de Assistência Médico–Sanitária, 2009.

As sucessivas edições da AMS apontam os prestadores privados como titulares da maior parte dos leitos disponíveis no país. Ainda que venham crescendo os leitos públicos e caindo os leitos privados ao longo das últimas duas décadas, os leitos públicos no Brasil correspondem a apenas 35,4 % do total de leitos disponível no país, quando a média de leitos públicos na OCDE é de 72% (OCDE, 2010). Em termos de disponibilidade de leitos por habitante, o Brasil também se situa bem abaixo da média OCDE — 2,3 por habitante para o Brasil, com 3,8 por habitante na OCDE. Abaixo da média brasileira na OCDE encontramos apenas o México (1,0 leito/habitante) e alguns países próximos (Espanha, Reino Unido e Estados Unidos).

Tabela 04. Leitos hospitalares públicos e privados. Brasil, 2002–2009

Região	Total			Público			Privado		
	2002	2005	2009	2002	2005	2009	2002	2005	2009
Norte	27653	27163	28295	13582	15667	17245	14071	11496	11050
Nordeste	122164	115857	108147	51736	52492	54867	70428	63365	53280
Sudeste	205099	191453	189874	54434	53428	53581	150665	138025	136293
Sul	79379	74558	73405	15301	14859	14461	64078	59699	58944
Centro-Oeste	36876	34179	32275	11266	12520	12738	25610	21659	19537
Total	**471171**	**443210**	**431996**	**146319**	**148966**	**152892**	**324852**	**294244**	**279104**

Fonte: Elaborado a partir de IBGE, Pesquisa de Assistência Médico–Sanitária, 2009.

A redução dos leitos verificada nos últimos anos tanto na OCDE quanto no Brasil é tradicionalmente atribuída (OECD, 2010; IBGE, 2010) à migração de procedimentos hospitalares para o ambiente ambulatorial. No caso específico do Brasil, a queda de leitos concentra-se nos leitos privados, tendo havido aumentos dos leitos públicos em todas as regiões do país, exceto na região sul. Na prática, houve uma substituição parcial dos leitos privados SUS por leitos públicos, com saldo de queda de leitos.

Uma terceira explicação para a redução de leitos seria uma transformação nas atividades de prestação de serviços hospitalares, no sentido de maior empresariamento e pressão por eficiência. Assim, em 2005, observa-se não só uma redução dos leitos privados conveniados ao SUS, mas também redução dos leitos privados não credenciados ao SUS (IBGE, 2010), que persiste em 2009 (AMS, 2010).

A definição sobre suficiência ou insuficiência dos leitos passa não somente pelo estudo de sua quantidade. A eficiência do uso dos leitos pode ser mais importante do que o número absoluto. Portanto, mais informativos são o exame da especificidade desses leitos e o estudo dos padrões de internações na população.

Os padrões de internações hospitalares no SUS foram estudados por poucos autores e mereceriam mais atenção. Ribeiro (2009) chama a atenção para a possibilidade de estar ocorrendo, concomitantemente aos avanços evidentes de cobertura, um "racionamento" das internações oferecidas pelo SUS.

Os dados da PNAD/IBGE-2008 para internações realizadas pelo SUS (10.170 mil pessoas internadas nos últimos 12 meses, algumas com mais de uma internação) evidenciam uma razoável convergência com os dados da Pesquisa da Assistência Médico Sanitária (AMS, 2010) para seu ano de referência. Os dados da ANS convergem com os da PNAD (4.447.483 do Sistema de Informações sobre Produtos/ ANS para 2009 e 4.611.797 pessoas com seguro de saúde internadas, segundo a PNAD-2008). Maiores estudos são necessários para definir a significância estatística dessas aparentes convergências.

Diferentemente do que fica evidenciado pelos dados SIH na Tabela 5, as PNADs mostram um crescimento das internações financiadas pelo SUS — de 8.272 mil em 2003 para 10.170 mil em 2008. Entretanto, ainda que tenha de fato ocorrido um incremento no número total de internações, as taxas de internações no Brasil situam-se, segundo as PNADs da última década, entre 103 e 106 saídas anuais por 1000 habitantes. A média de países da OCDE para 2007 foi de 158 saídas por mil habitantes (variação de 55 por mil habitantes para o México a 278 por mil habitantes para a Áustria) (OECD, 2010 — op cit.).

Tabela 05. Evolução das internações pelo SUS segundo natureza jurídica do prestador. Brasil, 2000–2010

Ano	Públicos	Privados-SUS
2000	4.787.148	7.154.175
2001	4.440.921	6.893.870
2002	5.046.728	6.673.027
2003	4.900.333	6.741.867
2004	4.758.685	6.738.206
2005	4.893.810	6.539.333
2006	4.913.526	6.415.925
2007	5.018.140	6.300.366
2008	4.724.942	6.018.082
2009	5.113.249	6.016.471
2010	5.406.777	5.944.077

Fonte: SIH/SUS.

Países com uma média de leitos por habitante próxima à média brasileira fazem seu uso aparentemente igual ou pouco mais eficiente de seus leitos (Espanha com 107 altas por mil habitantes, EUA e Reino Unido com 126). A substancial diferença do número de internações em relação aos padrões médios da OCDE, aliada aos padrões de vida menos favoráveis da população brasileira, levantam a questão da suficiência da quantidade de internações no Brasil.

Hipóteses possíveis para um eventual comportamento decrescente das internações no SUS proporcionalmente ao crescimento populacional podem incluir o fato de o gargalo da média complexidade estar dificultando a identificação de internações necessárias e uma insuficiência de leitos especializados para atendimento a casos de maior complexidade do SUS. Entretanto, essas hipóteses não explicam o uso crescente do SUS pelos segurados de planos, que podem já estar refletindo uma "crise" de disponibilidade de capacidade instalada para atendimento a planos.

As diferenças de valores desembolsados pelas internações pelo SUS e planos e a receita por saída dos hospitais da ANAHP (Tabela 6), associação que congrega 34 dos mais conceituados hospitais do Brasil, é bastante informativa. De um lado, explica a inversão entre a quantidade de internações SUS efetuadas por estabelecimentos públicos e privados ao longo da última década (Tabela 5), que confirma o descredenciamento de prestadores privados do SUS. As internações realizadas em hospitais públicos vêm crescendo e devem estar ocorrendo à custa de forte coparticipação de financiamento estadual e municipal (RIBEIRO, 2009).

De outro lado, a Tabela 6 reforça a tese de que as redes de prestadores privados do SUS podem estar oferecendo, em média, produtos mais baratos ou menos sofisticados do que a média das redes de prestadores privados conveniados a seguros privados de saúde. É possivel que parte das diferenças de preço possa ser atribuída às chamadas amenidades (GOLDMAN e ROMLEY, 2008), mas evidentemente também há distintos graus de incorporação tecnológica envolvidos (Tabela 8).

Tabela 06. Remuneração das internações segundo classes de financiadores e prestadores. Brasil, 2006–2010

	SUS público (1)	SUS privado (1)	Plano geral (2)	Hospitais ANAHP (3)
2006	553,42	629,65	Nd	8.386,00
2007	606,58	681,93	3.219,56	8.322,00
2008	696,71	783,66	3.480,42	9.170,00
2009	828,94	921,22	3.844,43	10.239,00
2010	849,79	975,01	Nd	10.555,00

Fonte: Elaborado a partir de (1)AIH média SIH/SUS; (2) SIP/ANS e (3) Receita líquida de saída (indicadores ANAHP).

Os preços, muitas vezes abaixo do valor que são propostos aos prestadores privados pela tabela SUS, comprometem a contestabilidade do mercado e promovem uma seleção adversa de prestadores do SUS, que tende a privilegiar o oportunismo. Na visão de Williamson (1979), a análise das situações propícias ao oportunismo é central para a compreensão das relações contratuais.

Além de promoverem a seleção adversa dos prestadores, outra resposta a essa realidade tem sido a proliferação de arranjos contratuais alternativos com o setor privado, que provavelmente tenderão a revigorar o mercado de prestadores privados e recuperar a parcela de financiamento via SUS perdida desde sua implantação.

3.2.2 | Segmento ambulatorial

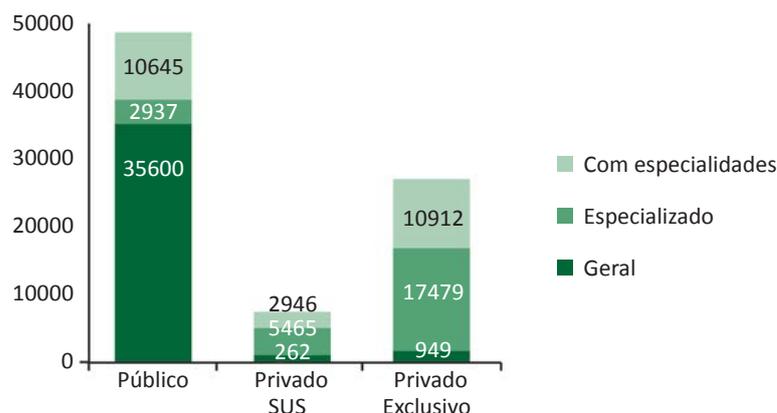
Se na área hospitalar existem informações potencialmente conflitantes quanto às características do avanço do SUS, na área ambulatorial confirmou-se a expansão da Estratégia de Saúde da Família (Tabela 7) responsável em grande parte pela ampliação do acesso e do número de estabelecimentos públicos de saúde no país na última década.

Tabela 07. Evolução da cobertura e financiamento da Estratégia de Saúde da Família. Brasil, 2003–2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Equipes de Saúde da Família							
Total de Equipes de Saúde da Família implantadas	19.000	21.300	24.600	26.729	27.324	29.300	30.328
Total de Municípios	4.400	4.600	4.986	5.106	5.125	5.235	5.251
Cobertura populacional	35,70%	39%	44,40%	46,20%	46,60%	49,30%	50,70%
População coberta (em milhões de pessoas)	62,3	69,1	78,6	85,7	87,7	93,5	96,1
Equipes de Saúde Bucal							
Total de Equipes de Saúde da Família implantadas	6.200	8.900	12.600	15.086	15.700	17.807	18.982
Total de Municípios	2.800	3.200	3.900	4.285	4.300	4.597	4.717
Agentes Comunitários de Saúde							
Total de Equipes de Saúde da Família implantadas	184.300	192.700	208.000	219.492	211.000	230.244	234.767
Total de Municípios	5.100	5.100	5.200	5.309	5.300	5.354	5.349
Cobertura populacional	54%	55,50%	58,40%	59,10%	56,80%	60,10%	60,90%
População coberta (em milhões de pessoas)	94	98,3	103,5	109,7	107	113,9	115,4
Recursos transferidos (em milhões de reais)	1.662	2.191	2.679	3248	4064	4.767	5.698

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

A exemplo do observado nos estabelecimentos com internação (Gráfico 2), confirma-se entre os estabelecimentos sem internação do SUS uma tendência ao padrão mais generalista. Neste segmento, os estabelecimentos privados conveniados ao SUS assemelham-se bastante aos privados exclusivos, com forte predomínio de estabelecimentos especializados.

Gráfico 02 Estabelecimentos sem internação segundo natureza jurídica, especialização e relação com o SUS. Brasil, 2009

Fonte: Elaborado a partir da Pesquisa da AMS/IBGE-2009.

3.2.3 | Disponibilidade de equipamentos

Segundo a AMS/IBGE-2009, a expansão da disponibilidade de equipamentos de tecnologia mais avançada foi observada em quase todas as regiões do país, tendo ocorrido um aumento de 120% nos equipamentos de ressonância magnética. Os equipamentos de raio x, embora ainda tenham aumentado nas regiões Norte e Nordeste, diminuíram na regiões Centro-Oeste e Sul, indicando uma possível substituição dessa tecnologia de imagem por outras mais sofisticadas (IBGE, 2010 — op cit.).

Evidências diretas dos distintos graus de incorporação tecnológica entre prestadores públicos e privados são fornecidas pelos levantamentos da AMS/IBGE sobre equipamentos segundo a natureza do estabelecimento (Tabela 8). Estabelecimentos públicos com e sem internação dispõem de uma quantidade menor de equipamentos mais sofisticados. As menores diferenças entre estabelecimentos públicos e privados são observadas para tecnologias mais antigas, como eletrocardiógrafos e raios x.

Tabela 08. Disponibilidade de equipamentos selecionados em estabelecimentos públicos e privados com e sem internação. Brasil, 2009

	Públicos sem internação	Públicos com internação	Total público	Privados sem internação	Privados com internação	Total privado
Eletrocardiógrafo	na	na	10058	na	na	15481
RX simples	1311	3935	5246	5034	6972	12006
RX odontológico	na	na	4398	na	na	9703
Mamógrafo	na	na	596	na	na	3547
Ultrassom	1521	2479	4000	10662	4724	15386
Tomógrafo	35	369	404	1347	1268	2615
Ressonância	na	na	52	na	na	796
Videolaparoscopio	45	565	610	427	2412	2839
Hemodiálise	na	na	1926	na	na	16854

Fonte: AMS/IBGE–2009.

Alguns recursos tecnológicos estão fortemente concentrados nos prestadores privados, sendo os principais exemplos os equipamentos de ressonância magnética e hemodiálise. A primeira situação talvez se deva à incorporação tecnológica que vem ocorrendo no Brasil desde a extinção do INAMPS, com o setor privado precedendo a incorporação em relação ao setor público e incorporando tecnologia em muito maior intensidade. Já à hemodiálise corresponde um segundo fenômeno, o de um segmento para o qual se criou uma clara segmentação de mercado, onde quase 90% da capacidade instalada concentram-se em prestadores privados.

A diferença entre equipamentos de raios x odontológicos deve ser analisada à luz das limitações do âmbito da Pesquisa AMS, que não contempla consultórios privados. Se os equipamentos nesses consultórios fossem contados, as diferenças seriam ainda maiores. A informação sobre disponibilidade desses equipamentos nos setores públicos e privado também faz suspeitar que, mesmo com a expansão da oferta de atendimento odontológico no SUS, esta possa ter se restringido a atendimento básico em odontologia, sem necessariamente um aumento expressivo de acesso a procedimentos mais complexos.

Observa-se, também, que os recursos tecnológicos mais avançados no setor público estão concentrados em ambientes hospitalares (com internação). Destacam-se aí os casos da ultrassonografia e dos tomógrafos onde, entre os prestadores privados, os estabelecimentos sem internação — mais especificamente os dedicados à realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) — concentram a maioria dos equipamentos.

3.2.4 | Decisões de uso

As decisões sobre o uso de serviços de saúde passam pela oferta de amenidades associadas ao cuidado e de percepção de sofisticação tecnológica. As amenidades podem aumentar a demanda por serviços em grau bem maior do que a qualidade clínica (GOLDMAN e ROMLEY, 2008 — op. cit.).

Os dados sobre equipamentos corroboram a tese de simplificação do atendimento SUS em contraposição à maior sofisticação da rede privada, o que explica parte da opção da população pela cobertura ao seguro privado de saúde. Ao mesmo tempo em que as promessas de sofisticação tecnológica (resgate por helicópteros, ressonância magnética, PET Scan) integram fortemente o *marketing* das seguradoras, o SUS ficou relegado a produto de consumo de circuitos sociais inferiores (BORGES DOS SANTOS e GERSCHMAN, op. cit.) ou, na maior complexidade tecnológica, para os mais abastados com menos barreiras de acesso (CORDEIRO et al., op. cit.; SANTOS, 2009).

É bem possível que reforçar decisões de uso mais favoráveis ao SUS, com o consequente endosso pela população em geral, envolva aumentar a incorporação tecnológica e sua divulgação na mídia. Entretanto, a concentração da prestação de serviços em prestadores privados, relegando-se o SUS ao papel de financiador, pode, no imaginário popular, vincular excelência de serviços ao setor privado ou resumir o SUS em "plano de saúde gratuito". Mas é uma situação de concorrência com o aumento de renda da população e as promessas de maior intensidade de incorporação tecnológica, que contribuem às decisões de filiação aos seguros privados.

Outro fator que não pode ser desprezado é que a redundância de cobertura (cobertura duplicada) seja uma forma de aumentar a sensação de segurança em situações limite de doença, principalmente nas camadas da população que se sentem mais ameaçadas pela perspectiva do adoecimento. Nesse caso, a opção da população pela filiação aos planos poderia estar vinculada à percepção de que nem o SUS nem os seguros viabilizam sua necessidade integral de proteção.

O principal fator impulsionador do crescimento regional do mercado de prestadores privados no Brasil atualmente parece ser a densidade dos serviços contemplados na cobertura dos seguros privados de saúde — determinada pelas melhores remunerações desses comparativamente ao SUS para boa parte dos procedimentos mais comuns (consultas, exames e internações).

Confirma-se a previsão de que a disseminação de parcerias com o setor privado via novos modelos de gestão pelo SUS — que oferecem remunerações mais atrativas para prestadores privados que a tabela SUS — vem tornando a vinculação ao SUS uma opção interessante e gerando uma nova onda de expansão do mercado de prestadores privados, mais uma vez impulsionada pelo financiamento público.

O ingresso no segmento de Organizações Sociais de Saúde das redes Sírio Libanês, Einstein e, mais recentemente da Rede D'OR São Luis — maior rede nacional de serviços hospitalares e, em sua origem, por definição integrante do setor com finalidades lucrativas — evidencia bem as novas oportunidades de negócios oferecidas pelo SUS. Lamentavelmente ainda não conseguimos captar e dimensionar o vulto dessas mudanças pelos sistemas de informações tradicionais do SUS.

No que tange aos prestadores mais qualificados sem fins de lucro integrantes da ANAHP, a parceria com o SUS inclui também a qualificação da oferta de *expertise* em gestão como critério para a obtenção do certificado e das isenções fiscais próprias da filantropia, em substituição à prestação de serviços diretos ao SUS.

4 | A COBERTURA DUPLICADA E OS IMPACTOS SOBRE A DESIGUALDADE

As mudanças no setor Saúde desde a segunda metade do século passado são importantes para compreender uma abordagem mais recente de tipologia de sistema de saúde que contemple o *mix* público-privado, tendo em vista a forma de inserção do seguro privado. A Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico, OCDE (op. cit.) propõe uma classificação que coincide estrutura e conteúdo em relação àquela de outros autores, apesar de pequenas diferenças na terminologia, como as de Mossialos e Thompson (op. cit.), Colombo e Tapay (2004), Chernichovsky (op. cit.), Tuohy et al. (op. cit.), Vera-Hernández (1999), e Coufinhal (1999).

Cada tipo tem suas características e peculiaridades próprias, mas vamos nos ater ao tipo duplicado e ao suplementar, pela aplicabilidade ao caso brasileiro. O modelo da OCDE define que o tipo *Duplicado* ocorre sempre que serviços semelhantes são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público, seja esse sistema nacional de saúde ou seguro social. Como a cobertura de serviços dos sistemas nacionais de saúde é ampla e comumente seu gargalo é nas consultas a especialistas, internações eletivas e SADT, estes são os serviços que geralmente os seguros oferecem e têm cobertura duplicada nesses sistemas.

O mix público-privado também pode ser do tipo *Suplementar*, que ocorre nos casos em que o seguro privado oferece elementos de sofisticação associados aos serviços de saúde, diferenciando-os dos do sistema público: hotelaria, requintes de luxo, cirurgia estética, possibilidade de escolha de medicamento não genérico, de procedimentos feitos com diferentes equipamentos.

O mais importante para análise do caso brasileiro é que o seguro privado *Suplementar* será também *Duplicado* sempre que o sistema público for de cobertura integral e acesso universal (MOSSIALOS e THOMPSON 2004 op. cit.; COLOMBO e TAPAY

op. cit.), o que ocorre nos países em que o sistema público é o nacional de saúde, como Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália, Grécia e no nosso país, Brasil.

Existem problemas próprios dos sistemas com cobertura duplicada, destacados por diversos estudos internacionais, algumas são instigantes para pensarmos o caso brasileiro pelas evidências que mostram sobre equidade, financiamento, produção, uso e acesso aos serviços de saúde:

1. Nos sistemas duplicados, o tempo de espera na fila para o consumo dos serviços por meio de seguros privados, sobretudo de cirurgias eletivas, é menor que nos sistemas nacionais. Apesar dessa iniquidade, não há evidência de que o tempo de espera dos sistemas públicos possa ser diminuído devido à existência do seguro privado (OCDE, op. cit.);

2. Nos sistemas duplicados, as pessoas que possuem seguro privado tendem a continuar usando o sistema público para os serviços mais complexos e custosos, tornando a fila de espera no setor público ainda mais lenta do que seria sem a existência do seguro privado e com maior custo por paciente (OCDE op. cit.; TUOHY et al., op. cit.; JONES et al., op. cit.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VÁLCARCEL e PÉREZ, 2006; GONZÁLEZ, 2005), o que acentua a desigualdade do sistema brasileiro com o acesso facilitado da clientela de seguro privado aos serviços públicos mais complexos e custosos do SUS;

3. Uso diferenciado dos serviços em sistemas duplicados:

- quanto maior a renda, maior a proporção de pessoas com seguro privado e a quantidade de consultas a especialistas. Quanto menor a renda, menor a proporção de pessoas com seguro privado e maior a de consultas a generalistas (VERA-HERNÁNDEZ, op. cit.; JONES et al., op. cit.; VAN DOORSLAER et al., op. cit.);

- a administração do paciente na lista de espera tende a ser realizada em benefício do próprio médico, que seleciona os casos menos complexos e menos custosos para o atendimento privado, deixando para o atendimento público os pacientes com casos mais complexos e que representam maiores custos (GONZÁLEZ, op. cit.).

Esses estudos mostram que a cobertura duplicada: (i) contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços; (ii) incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público, geralmente consultas a especialistas, cirurgias eletivas, SADT e medicamentos; (iii) não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema; e, (iv) não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde — de universalidade, integralidade e equidade, de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde — e dos objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Ao contrário, a cobertura duplicada corrói esses objetivos.

Ainda, a extensão da cobertura de serviços públicos no sistema público é um forte determinante da quantidade e do tipo de gasto privado, interferindo na relação entre o sistema público e o seguro privado (OCDE op. cit.; CHERNICHOVSKY op. cit.; JONES et al op. cit.; van DOORSLAER et al op. cit.; RODRÍGUEZ, 2008). Contudo, as políticas públicas dos países com cobertura duplicada devem ter em conta os problemas característicos desse tipo de arranjo quando da definição de quais serviços não serão ofertados pelo sistema público.

Essa tipologia é importante para auxiliar na compreensão sobre as questões estruturais do sistema de saúde, mas não contempla os imbricamentos público-privados que se dão na prática do dia a dia nos serviços de saúde. O que mostraremos a seguir é complementar à Seção 1, pois é somente com a compreensão de ambas as dimensões de relações público-privadas no setor Saúde que poderemos partir para um diagnóstico de como este tem se dado no Brasil e as possíveis tendências de mix público-privado.

4.1 | Cobertura Duplicada: características da população, da oferta e do uso de serviços de saúde

Tendo em vista que os estudos internacionais mostram que a cobertura duplicada não contribui na preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde de universalidade e equidade, de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do sistema de saúde e a objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população, a seguir veremos como isto ocorre no sistema brasileiro.

Há diversos estudos nacionais que mostram desigualdades do sistema de saúde brasileiro (BAHIA et al., 2006; UGÁ e SANTOS, 2006; SASSON et al., 2006; GERSCHMAN et al., 2007; ALBUQUERQUE et al., 2008; OLIVEIRA, 2009; NORONHA et al., 2010; CORDEIRO et al., op. cit.). Uma das mais marcantes diz respeito ao subfinanciamento do SUS e ao subsídio fiscal permitido aos gastos privados. Outras se referem às desigualdades entre os segurados e os não segurados nas suas características sóciodemográficas e nas de oferta, acesso e uso de serviços, comportamento do

profissional de saúde e ao próprio financiamento setorial. Como veremos, são desigualdades semelhantes às verificadas em outros países com cobertura duplicada e, muitas vezes, acentuadas.

As informações sobre a distribuição da renda são importantes para analisar as desigualdades relacionadas à cobertura duplicada, isto é, à população que tem duas coberturas para assistência à saúde: do SUS e de seguro privado.

Ressalte-se que a cobertura de serviços de saúde contemplada nos contratos de seguros privados é ampla para a grande parte dos usuários: mais de 90% dos entrevistados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios realizada pelo IBGE (IBGE, 2003), respondeu que cobrem consultas médicas, exames complementares e internações. Somam-se a essas as informações da ANS (MS, 2011), que mostram que 89% dos beneficiários de seguros com assistência médica tinham cobertura ambulatorial e hospitalar em dezembro de 2010. Essa ampla cobertura parece ser uma tendência estável, pois resultado semelhante havia sido encontrado em 1998 para a região metropolitana de São Paulo (PESSOTO et al., 2007). Portanto, as informações sobre a extensão dos serviços cobertos mostram que a cobertura é duplicada para uma ampla gama de serviços de saúde para a quase totalidade dos segurados. Deve ser ressaltado que, mesmo para os que não têm ambas as coberturas, ambulatorial e hospitalar, para aquilo que têm configura-se duplicação de cobertura.

Para observar as desigualdades, uma primeira informação é a distribuição da renda entre a população. A PNAD/IBGE-2008 mostrou uma situação de extrema desigualdade de renda no país, onde apenas 12% dos domicílios tinham renda mensal domiciliar per capita superior a 2 salários mínimos, ou seja, todo o restante da população brasileira (88%) vive com 2 ou menos salários mínimos per capita.

Essa absurda concentração da renda brasileira não é novidade e já havia sido mostrada, de forma complementar, em pesquisa feita por Ugá e Santos (op. cit.), com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2003). De acordo com esta, enquanto os 10% mais ricos da população detêm 46,1% da renda familiar per capita da sociedade, os 20% mais pobres detêm apenas 2,9% da renda. Os cinco primeiros décimos, isto é, a metade mais pobre da população, absorvem apenas 13,7% da renda e a percentagem acumulada pelos 10% mais ricos corresponde a parcela maior que a acumulada pelos 80% mais pobres.

A concentração da renda ainda é tão elevada que, mesmo com a propagada desconcentração ocorrida nos últimos anos, o Índice de Gini do país caiu de 0,57 em 2003 (UGÁ e SANTOS, op. cit.) para 0,53 em 2010 (IBGE, 2011), mantendo-se destacadamente mais elevado que o dos países desenvolvidos e, também, que o dos demais países em desenvolvimento.

A taxa de cobertura da população com seguro privado e, portanto, com dupla cobertura, está praticamente estável segundo as PNAD/IBGE, pois, em 1998, 24% da população tinha seguro privado e, em 2008, este percentual foi de 25%.

Destaque-se a importância de acompanhar a evolução da população com seguro público. Este tipo de cobertura é a oferecida por instituições públicas para um grupo específico de pessoas, como funcionários públicos, membros das forças armadas, etc. Por meio destes, um órgão público provê cobertura para assistência à saúde para seus funcionários e familiares diferenciada da do SUS e, da mesma forma que ocorre com os seguros privados, se caracteriza pelo caráter privado da elegibilidade ao plano. Esses seguros não são contemplados no escopo da regulação da ANS/MS, de modo que é uma informação que só é possível acompanhar pela PNAD/IBGE. Segundo as informações da PNAD/IBGE de 2003, naquela época 20,9% da população com dupla cobertura tinha seguro público (SANTOS, 2009), tendo ocorrido um ligeiro aumento da parcela da população com este tipo de seguro para 22,5% da população com dupla cobertura nas informações da PNAD/IBGE de 2008 (IBGE, op. cit.).

Uma forma de verificar a desigualdade na cobertura duplicada é pela relação desta população com sua renda: verifica-se uma acentuada concentração de pessoas com seguro privado entre os mais ricos se comparada aos grupos mais pobres. Os dados da PNAD/IBGE de 2003 e 2008 mostram que, associada à desigualdade de renda da população, é a cobertura de seguro privado que funciona como indicador comumente utilizado com aproximação ***(proxy)*** da renda, informação esta também verificada pela quantidade de anos de estudo (BAHIA et al., op. cit.). Para se ter ideia do grau de desigualdade, 82,5% da população que tinha seguro em 2008 tinha renda domiciliar per capita maior que 5 salários mínimos.

Como ocorre também nos países desenvolvidos, além da distribuição da taxa de cobertura de seguro privado estar associada à concentração da renda, está também associada a regiões mais populosas e industrializadas, municípios de grande e médio porte e a emprego formal. No Brasil, verifica-se que a desigualdade entre os com cobertura duplicada também é regional, pois a população coberta por seguro privado é maior no sudeste do país, entre os que moram nas grandes cidades e entre os que têm emprego formal, cujo vínculo ao seguro se dá por intermédio do emprego (planos coletivos), como mostram o trabalho de Albuquerque et al. (op. cit.) e a PNAD/IBGE-2008 (op. cit.).

A distribuição etária da população que possui seguro privado de saúde é diferente daquela da população brasileira. A pirâmide etária da população brasileira tem uma base maior, enquanto a da população que tem seguro é menor. Além disso, se observa uma concentração maior de idosos (60 anos ou mais) entre os que têm seguro privado, o que faz com que o topo de sua pirâmide seja maior que o de toda a

população brasileira. Isso mostra que a população com seguro, que é mais rica, tem maior longevidade em relação àquela de todo o país.

A população com cobertura duplicada tem também diferente perfil de mortalidade que a de todo o Brasil, com predomínio de doenças crônico-degenerativas incidindo em uma população mais idosa (perfil semelhante ao de países desenvolvidos). Embora as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias ocupem posições importantes em toda a população, estas causas têm maior participação percentual na mortalidade dos segurados (SASSON et al., op. cit.). Assim, a população coberta por seguro privado tem perfil semelhante ao de países desenvolvidos, com predomínio de doenças crônico-degenerativas incidindo em uma população mais idosa.

Era esperado que a população com dupla cobertura, que é mais rica que o restante dos brasileiros, fosse também mais longeva e com perfil diferenciado de morbimortalidade, mas deve ser destacado que essa associação é também um ônus para as operadoras devido aos reflexos no custo da assistência à saúde de seus segurados.

4.2 | Os Subsídios Fiscais e o Gasto com Saúde

Estimativa feita por Carvalho (2011) mostrou que no Brasil gastou-se mais de 8% de nosso PIB com saúde em 2009, o que seria um ótimo patamar se comparado ao gasto de países europeus e da OCDE, não fosse a composição desse gasto. Se naqueles países, %80 do gasto com saúde é público (SANTOS, op. cit.), aqui apenas 47% o é, significando somente 4% do PIB e cerca de R$ 127 bilhões (Tabela 9).

Tabela 9. Composição das Fontes de financiamento do setor de saúde. Brasil, estimativa para 2009

FONTES DE FINANCIAMENTO	R$ bilhões	% Público e % Privado	% TOTAL	% PIB
Federal	58	46	22	1,9
Estadual	34	27	13	1,0
Municipal	35	27	13	1,1
Total Público	**127**	**100**	**47**	**4,0**
Seguros Privados	64	45	24	2,0
Gasto Privado Direto *(exclusive médico)*	24	17	9	0,8
Medicamentos	55	38	20	1,7
Total Privado	**143**	**100**	**53**	**4,5**
Total Brasil	**270**	–	**100**	**8,5**

Fonte: Carvalho 2011.

Em relação ao gasto privado, o desembolso direto efetuado pelas famílias, excetuados os gastos com medicamentos e os com seguros privados, correspondeu a apenas 17% do gasto privado naquele ano. Entretanto, o gasto com medicamentos, o qual é extremamente regressivo, como será mostrado adiante, foi muito expressivo, ou seja, de R$ 55 bilhões, representando quase 40% do gasto privado.

Mas o principal responsável pelo gasto privado é o mercado de seguros privados, expressando importante investimento de recursos financeiros no setor de saúde: 45% do gasto privado e quase ¼ do gasto total com saúde no país em 2009. Note-se que a parcela do gasto privado com saúde que se destina ao pagamento de mensalidade de seguro privado, que somou R$ 64 bilhões em 2009, aumentou para R$ 72,7 bilhões no ano seguinte, conforme receita informada pelas operadoras à ANS para o ano de 2010 em publicação mais recente da ANS (MS, 2011).

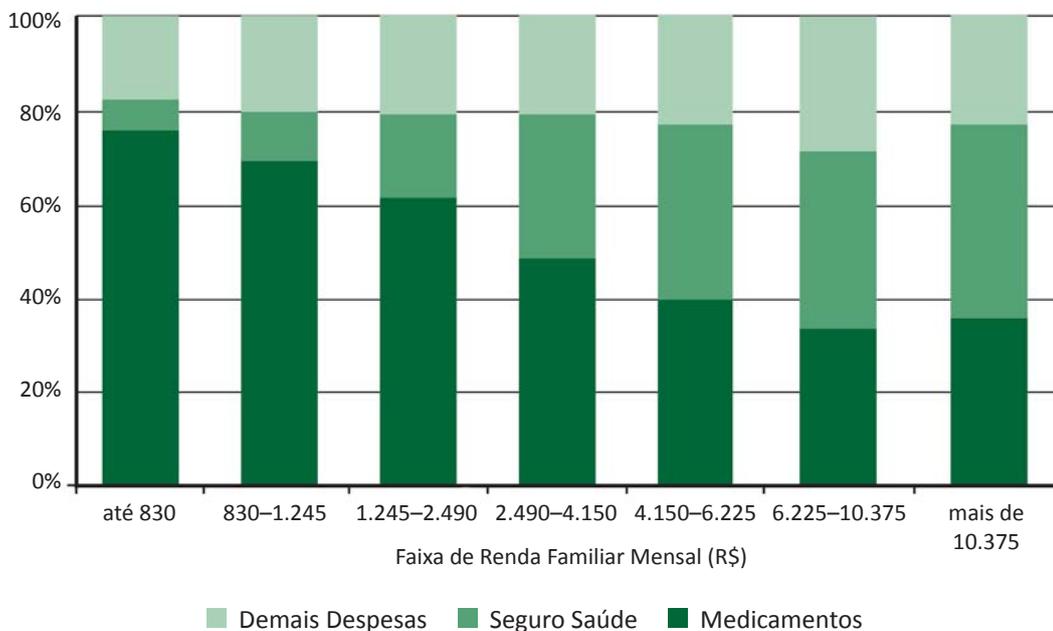
Estas informações, comparadas a de outros países que possuem sistema nacional de saúde, mostram que o Brasil tem muito baixa participação no gasto público e muito alta no gasto privado, sobretudo nos seguros privados. Há anos mantém-se uma composição semelhante a dos Estados Unidos, que não têm sistema nacional de saúde.

O peso do gasto privado direto é importante para indicar a distribuição dos gastos por nível de renda, pois embora as pessoas que têm menos renda gastem menos, o peso desse gasto sobre suas rendas é muito maior que o ocorrido entre os com maior renda. A regressividade do gasto privado direto das famílias brasileiras é mostrada por diversos autores (MENEZES et al., 2006; DINIZ et al., 2006). A análise dos microdados da POF/IBGE-2003 por décimo de renda familiar per capita feita por Ugá e Santos (op. cit.) mostra como as famílias do décimo mais rico gastaram proporcionalmente menos de sua renda com medicamentos (42% de suas rendas) que as mais pobres (83%) em 2002, provavelmente pela maior disponibilidade que têm para gastar com os demais itens, como tratamento dentário e hospitalizações/serviços cirúrgicos, cuja proporção é maior entre os 10% mais ricos que entre os demais brasileiros.

Os dados da POF/IBGE-2008 disponibilizados por Silva e Vianna (2011) não permitem a comparação com a análise feita por Ugá e Santos (op. cit.) por estarem distribuídos em classes de rendimento familiar segundo o salário mínimo e não décimo de renda, além de mostrarem apenas o gasto privado com saúde e não seu peso sobre a renda, mas permite constatar que esta desigualdade se manteve grande entre 2003 e 2008, onerando os mais pobres.

O Gráfico 3 mostra que para as famílias que recebiam até R$ 830 mensais, 76% do gasto privado com saúde se destinava à aquisição de medicamentos. A parcela do gasto com medicamento no gasto privado familiar com saúde vai diminuindo progressivamente do patamar dos 70%, chegando a 34% do gasto das famílias mais

ricas (que recebem mais de R$ 10.375 mensais), ao mesmo tempo em que o gasto com seguros privados vai aumentando conforme a faixa de renda.

Gráfico 03. Distribuição do Gasto Privado com Saúde. Brasil, 2008.

Fonte: POF/IBGE-2008.
Nota: Elaborado a partir de informações disponibilizadas em Silva e Vianna (2011).

Uma limitação a ser destacada é que o gasto privado direto aqui considerado se restringe àquele efetuado pelas famílias brasileiras, de modo que não está contabilizado o gasto privado direto realizado por empresas. Além disso, também não estão contabilizadas as diversas outras rubricas que foram tratadas no Relatório das CSS do IBGE (2008a), as quais foram tratadas na Seção 1.

A partir das informações do gasto com saúde de Carvalho (op. cit.) é possível calcular os valores *per capita* disponíveis ao SUS e ao segmento suplementar[2]. Enquanto o gasto público foi de R$ 665 por habitante em 2009, o do segmento suplementar foi de R$ 1.526 por segurado em 2009. Ou seja, o valor per capita disponível no segmento suplementar é 2,3 vezes maior que o do SUS.

2 Esse dado é uma estimativa para a qual foi considerada no denominador do gasto público toda a população. A fonte foi o Censo Populacional do IBGE de 2010 (190,7 milhões de habitantes), uma vez que esse número é menor que as estimativas populacionais do IBGE para 2009 (191,5 milhões de hab.). Optou-se por usar o ano de 2010 pela melhor qualidade da informação do Censo. Para o gasto do segmento suplementar foi considerada a quantidade de segurados com planos de assistência médica em dezembro de 2009, informados à ANS em março de 2011 (41,9 milhões).

O mencionado gasto com saúde não contabiliza outros gastos, como os previstos em lei para elaboração do orçamento anual da União com a assistência médica e odontológica a servidores públicos e empregados das três esferas de governo, inclusive das entidades da administração indireta (BRASIL, 2006) e das Forças Armadas (BRASIL, 2007). Para se ter uma noção da dimensão desse gasto, em 2006 estavam previstos aproximadamente R$ 2 bilhões para serem gastos em 2007. Outra publicação, do CRM e Idec (2007), mostrou que o valor previsto para ser gasto apenas com os planos de servidores federais em 2005 foi de cerca de R$ 980 milhões.

Além disso, não foi contabilizado no gasto total com saúde o gasto público indireto, que resulta das desonerações fiscais para determinadas despesas. Uma destas é com saúde. O Ministério da Fazenda entende que a não arrecadação destes recursos em determinado ano e, portanto, a não incorporação destes à receita pública do ano seguinte, faz com que devam ser contabilizados como gastos indiretos do Governo Federal, a serem realizados neste ano seguinte, compondo, assim, o gasto tributário.

Os subsídios fiscais são parcela do gasto com saúde com um importante componente de iniquidade. Atualmente, tal discussão está presente tanto em diversos trabalhos científicos, entre eles os de Ocké-Reis (OCKÉ-REIS e SANTOS, 2011; OCKÉ-REIS, 2013) e o de recente número da Revista Lancet, que destaca em um de seus *viewpoints* a necessidade de “aumentar substancialmente o orçamento público para o setor, reduzindo os subsídios públicos ao setor privado” (VICTORA et al., 2011:97), assim como na agenda política, da qual é exemplo a recente discussão sobre a ampliação dos subsídios pela permissão de desconto de até R$ 500,00 para o pagamento de seguro privado para empregados domésticos (O GLOBO, 2011).

Deve ser destacado que, se por um lado, a diminuição da arrecadação fiscal reflete menor capacidade de produção e investimento do Estado que poderia se destinar a políticas redistributivas, por outro lado, no caso dos gastos privados diretos e dos gastos com seguro privado que geram deduções sobre o Imposto de Renda (IR) devido, a aplicação do gasto tributário e a correspondente alocação do recurso se dá favorecendo os extratos de maior renda da população. Segundo informações do Ministério da Fazenda, são os 15% mais ricos que declaram IR (ANDREAZZI e OCKÉ-REIS 2007), que corresponde ao setor mais privilegiado da sociedade, o que torna a possibilidade de dedução dos gastos privados com saúde uma regressividade do ponto de vista da equidade no financiamento (UGÁ e SANTOS, op. cit.); e, além disso, a renúncia favorece a expansão da assistência à saúde privada e das empresas de seguro privado de saúde, refletindo no investimento no setor privado em detrimento de um possível investimento no sistema público (OCKÉ-REIS, 1995; DAIN et al., 2001; MÉDICI, 1990; ANDREAZZI, 1991, apud ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, op. cit.).

Para se dimensionar os gastos tributários indiretos provenientes de desonerações fiscais para gastos relacionados à saúde, as estimativas da Secretaria da

Receita Federal do Ministério da Fazenda (SRF/MF) mostram que esses valores não são irrisórios (sobretudo se comparados à receita do MS) e vêm crescendo paulatinamente: se em 2003 as desonerações totalizavam R$ 2,1 bilhões (MF, 2002), em 2010[3] chegavam a R$ 12,3 bilhões (MF, 2009), uma variação de 483%.

A Tabela 10 mostra a composição das desonerações fiscais divulgadas pela SRF/MF para despesas com saúde de 2003 a 2010. Em 2010, as deduções do montante devido do IRPF e do IRPJ referente às despesas privadas com saúde foram as mais expressivas entre essas deduções setoriais (respectivamente 27% e 24%), seguidas dos descontos tributários concedidos à indústria farmacêutica em forma de crédito presumido da contribuição para PIS/PASEP e COFINS para a industrialização ou a importação de medicamentos constantes em relação definida em lei. A partir de 2005 passou-se a contabilizar os gastos com as isenções das entidades sem fins lucrativos de pagamento à CSLL e COFINS (21%) e, mais recentemente, os gastos com produtos químicos e farmacêuticos, que representam uma parcela menor dos gastos públicos indiretos com saúde se comparado aos demais.

Tabela 10. Desonerações Fiscais no setor Saúde. Valores Estimados em milhões de R$. Brasil, 2003, 2007, 2008 e 2010.

Benefício Tributário	2003	2007	2008	2010
IRPF (Despesas Médicas)	1.265,6	2.271,2	3.086,3	3.325,3
IRPJ (Assistência Médica, Odont. e Farmacêutica a empregados)		1.882,9	1.965,0	2.961,3
Entidades sem fins lucrativos — Assistência Social*		1.638,7	1.669,6	2587,1
Indústria Farmacêutica (Medicamentos)**	847,9	1.974,0	2.182,7	2507,2
Produtos Químicos e Farmacêuticos				951,4
Total Saúde	**2.113,5**	**7.766,8**	**8.903,6**	**12.332,3**

Fonte: Elaborado a partir das informações do Ministério da Fazenda, Secretaria da Receita Federal.

(*) Entidades sem fins lucrativos: isenção da CSLL e da Cofins passou a ser contabilizado em 2005.

(**) Crédito presumido da contribuição (para PIS/PASEP e COFINS). Regime especial de crédito presumido da contribuição pelas empresas que procedam à industrialização ou à importação dos medicamentos constante da relação definida em Lei.

Se observarmos a evolução de 2007 a 2010 desses tributos, agrupados pelo potencial dinâmico com que interferem no setor Saúde (Gráfico 4), de longe vemos que os subsídios para o Imposto de Renda (agrupados IRPF e IPPJ) constituem o grupo mais expressivo, embora com a menor variação (51%). Os subsídios para a manutenção e o desenvolvimento da indústria química e farmacêutica estão em segundo lugar e com a maior variação (75%), seguidos das entidades filantrópicas que configurariam o

3 Cálculo realizado a partir dos dados da receita tributária arrecadada em 2009.

terceiro grupo, com uma variação de 58%. A distribuição do benefício do IR é diferente da dos demais subsídios, uma vez que este atua em prol de pessoas/empresas com possibilidade de realizar o gasto privado e os demais subsídios beneficiam as empresas. Essa análise é importante por mostrar a tendência ao crescimento do incentivo governamental para o desenvolvimento da indústria química e farmacêutica por meio de descontos tributários para a produção neste ramo da economia.

A Receita Federal não disponibiliza a informação desagregada para as desonerações de recursos destinados ao pagamento de seguro privado de saúde, exames laboratoriais, profissionais de saúde e assistência hospitalar, informações que permitiriam uma análise mais aprofundada sobre a relação entre os subsídios e o tipo de gasto com saúde.

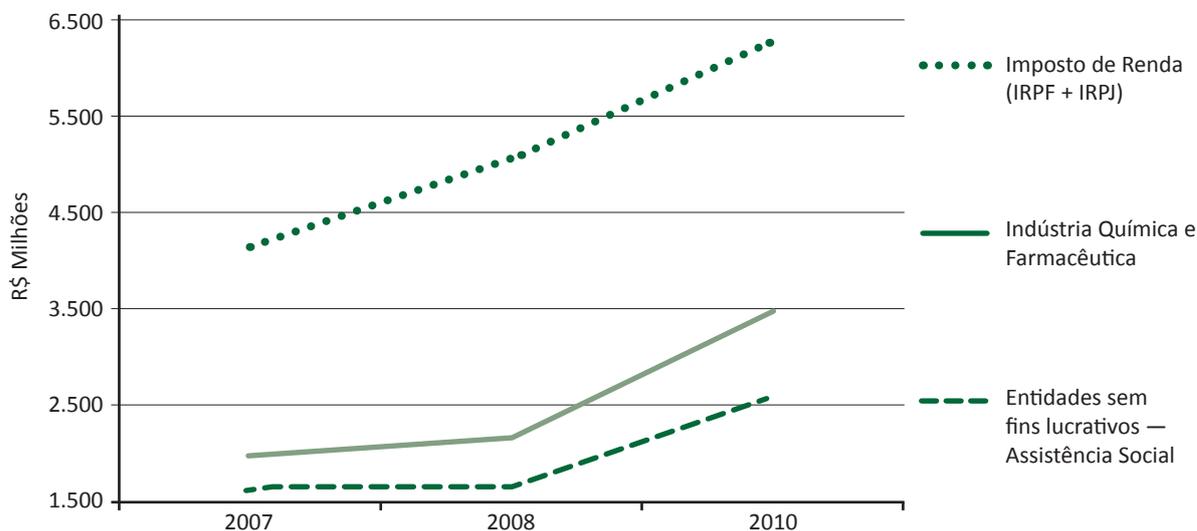
Além disso, há indícios de que os valores das desonerações sejam muito maiores (NORONHA et al., op. cit.), pois o valor declarado à ANS como receita das operadoras de planos privados alcançou R$ 72,7 bilhões em 2010 (MS, 2011) e mesmo que tais valores estivessem sendo totalmente contabilizados no cálculo do imposto devido, não corresponderiam aos R$ 3,3 bilhões informados pelas pessoas jurídicas à Receita[4]. A mais detalhada análise feita nesse sentido mostrou que o gasto tributário com plano de saúde em 2011 foi de R$ 7,767 bilhões, mais da metade dos gastos tributários daquele ano (R$ 15,807 bi) e, mais importante, em torno de 10% do faturamento das operadoras de planos privados de saúde, que foi de R$ 84,6 bi em 2001 (OCKÉ-REIS, 2013).

Existem outras formas de desoneração fiscal além das mostradas, que não estão contabilizadas como gastos tributários indiretos com saúde e que interferem no *mix* público-privado do setor de saúde. Uma delas é a feita para as operadoras de seguro privado. Isso ocorre com os hospitais filantrópicos que operam seguros e têm deduções devido ao certificado de filantropia, com as cooperativas médicas que não pagam alguns tributos e com deduções de tributos estaduais e municipais para casos específicos, decididos fora da esfera federal de governo. Entretanto, não foram encontradas informações oficiais para dimensionar tais desonerações.

A análise das desonerações deve ser acrescida de outros montantes de recursos que não são contabilizados no gasto total com saúde. São os destinados a programas fora da rotina de gastos do Ministério da Saúde e que interferem na composição do *mix* público-privado, como os valores (i) previstos no PAC Saúde (Programa de Aceleração de Crescimento) para investimento no segmento suplementar, por exemplo, para a portabilidade e o fundo garantidor de operadoras e (ii) os referentes à política de desenvolvimento produtivo do governo, que concede financiamento para fortalecer o complexo industrial da saúde por intermédio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

---

4 Um dos fatores que certamente contribui para isso é a possibilidade das empresas empregadoras informarem o gasto com saúde no IR como custo operacional.

Gráfico 04. Desonerações Fiscais no setor de saúde. Valores Estimados em milhões de R$. Brasil, 2007, 2008 e 2010.

Fonte: Elaborado a partir de informações do Ministério da Fazenda, Secretaria da Receita Federal.

Queremos aqui reforçar o argumento de Ocké-Reis (2008, 2011) a favor da ampliação do financiamento público para a saúde no Brasil. O autor mostrou uma variação dos gastos do Ministério da Saúde, entre 2003 e 2007, bem menor do que a dos gastos tributários no mesmo período, o que representou uma política em que "o próprio Estado patrocinou o sistema privado, em particular o mercado de planos de saúde e de serviços médico-hospitalares" (OCKÉ-REIS, 2011, ibid.). Acrescentamos que uma eventual diminuição do subsídio não significaria a aplicação imediata desse recurso no setor Saúde, menos ainda no sistema público de saúde. Mas uma política dessa natureza corresponderia a um menor patrocínio do Estado ao sistema privado, concomitante ao aumento da receita total pública, o qual permitira ao setor Saúde negociar junto ao governo um aumento do financiamento federal do SUS.

A política específica de criação do subsídio no Imposto de Renda, com posterior expansão e atual manutenção, faz parte do contexto de subfinanciamento do sistema público de saúde realizado pelo nível federal, que pode ser observado em diferentes ângulos e traz consequências danosas ao SUS. Ela ocorre desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando, em primeiro lugar, o subfinanciamento ocorre (mas não por ordem de importância), pelo aumento das desonerações para gastos privados com saúde, inicialmente com limites de gastos e, a partir de 1991, com o fim do limite para o cálculo do imposto devido já no ano-base de 1990 (ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, op. cit.). Em segundo lugar, a política macroeconômica de ajuste fiscal e manutenção da DRU potencializa o baixo

percentual do PIB gasto com saúde pública (3,7% do PIB quando nos países europeus varia de 6 a 8%).

Além disso, um terceiro ponto a ser destacado é que a manutenção do montante dos escassos recursos federais aplicados no SUS depende de constante embate político na Comissão Intergestores Tripartite para garantir, pelo menos, a manutenção do gasto como a do ano anterior (SANTOS, no prelo). Inclusive este é um dos motivos pelo qual urge o estabelecimento de um percentual do total da receita pública a ser destinado ao SUS, sem vinculação a qualquer tributo para evitar as variações políticas de cada governo em pró ou não do SUS, que podem influenciar no maior ou menor investimento sobre a arrecadação do tributo.

Essa política de não privilégio do SUS desde a sua promulgação, feita por todos os governos federais eleitos no período, reflete-se na constante diminuição da participação federal no financiamento público, o qual depende cada vez mais da participação dos estados e dos municípios, o que ocorreu graças à Emenda Constitucional n.º 29/2000.

Deve ser destacada a relação entre a política de saúde implementada e o compromisso que têm os que a defendem. O estudo de Bahia e Scheffer (2011) realizado com base em dados do Tribunal Superior Eleitoral mostrou como o volume de recursos investidos por empresas de planos privados nas campanhas eleitorais identificáveis[5] é grande (R$ 11,8 milhões em 2010) e aumentou em 746% de 2002 para 2010, tendo contribuído em 2010 para a eleição de 38 deputados federais e 26 estaduais, 3 senadores, 4 governadores e a presidenta Dilma. Os autores salientam que o comprometimento político pode interferir não apenas em defesa de interesses das empresas financiadoras, como também na escolha de dirigentes de instituições públicas, na definição de critérios de desonerações fiscais, numa política de descrédito ao SUS, tanto em comissões parlamentares como na bancada da saúde, resultando, por exemplo, em incentivo à fila dupla e contratos e convênios do SUS com planos de saúde, como ocorreu em São Paulo no debate sobre o projeto de Lei sobre o tema, devendo, portanto, ser monitorado pela sociedade.

Nesse sentido, parece impossível diminuir o subsídio no contexto político brasileiro, mas outros países o fizeram há relativamente pouco tempo. Ainda são poucos os estudos específicos sobre subsídios no financiamento do setor de saúde, como os de Evans (2002), Wagstaff et al. (1999), Rodríguez (2008) e Pereira (2006). Esses trabalhos mostram que nos Estados Unidos, por exemplo, existe subsídio sobre os gastos diretos e sobre os gastos com seguro privado, sendo que os feitos pelas empresas empregadoras são estimados como consideravelmente grandes. Em Portugal há subsídio para os gastos privados realizados pelas pessoas físicas, sejam diretos

5 Não contabilizados o caixa dois e as doações “ocultas”, isto é, destinadas aos partidos e não ao candidato.

(dedução integral) ou com seguro privado (dedução limitada), na Irlanda os subsídios são para os gastos realizados pelas pessoas físicas com seguro privado. Alemanha e Itália também subsidiam os gastos privados diretos e os com seguro privado. O Canadá subsidia somente os gastos privados diretos. A França não subsidia gastos privados e outros países que o faziam acabaram com essa possibilidade, como Espanha (em 1999), Finlândia, Suécia e Reino Unido. A exemplo dos demais casos, é uma pauta plausível na agenda política brasileira a discussão sobre o término das deduções dos gastos privados sobre o IR, senão total, mas pelo menos que voltem a ser limitados, como é feito atualmente para os gastos privados com educação.

Sobre o eterno debate entre gestão e financiamento, equivocadamente divulgado como dicotômico, é claro que temos graves problemas de gestão. E não necessariamente melhorariam com mais recursos aplicados em saúde. Mas, diante do contexto exposto, não há como negar o argumento inverso, de que "boa parte dos problemas de gestão decorre do financiamento" e "a melhoria da qualidade dos gastos pode exigir a aplicação de mais recursos financeiros. Com pouco dinheiro é improvável melhorar o SUS e torná-lo acessível com qualidade a todos os brasileiros" (OCKÉ-REIS, op. cit.). Resta-nos aumentar o enfrentamento político aos interesses contrários ao aumento do financiamento público para o SUS.

Para analisar os efeitos dos subsídios sobre a política social é importante contemplar a classificação que Evans (op. cit.) faz ao diferenciá-los em dois tipos, que muito nos auxilia a pensar o caso brasileiro.

Um é o subsídio explícito *(overt)*, que corresponde a um mesmo recurso e benefício que todos podem ter, independente das características do indivíduo beneficiado. Exemplo deste tipo de subsídio é o caso do desempregado no sistema de seguro social, onde ele continuaria recebendo a cobertura de serviços de saúde sem ter que contribuir financeiramente para o seguro pelo fato de não estar recebendo salário.

O subsídio implícito *(covert)* é diferente do explícito por variar em cada caso, para cada indivíduo, de forma que a sociedade não fica sabendo em quanto cada indivíduo foi beneficiado. Este subsídio beneficia cada indivíduo de acordo com suas características e requisitos, como renda, etc. Costuma ocorrer por meio de deduções sobre os recursos calculados como tributos a serem pagos. Assim, o benefício do indivíduo dependerá tanto de sua condição inicial de renda, isto é, do montante de recursos que seria pago como tributo, como da extensão do gasto realizado[6]. É o caso das deduções dos gastos com saúde do IRPF e IRPJ permitidas no Brasil.

---

6 A dedução de um mesmo valor referente a determinado gasto com saúde a ser deduzido do imposto de renda devido por um indivíduo vai ter diferente efeito sobre os diversos segmentos populacionais, porque a dedução varia também de acordo com o tamanho da renda e do imposto devido por cada pessoa. Além disso, o tamanho do gasto também é variável, uma vez que as pessoas com maior nível de renda tendem a realizar maiores gastos que as com menores níveis de renda. O mesmo ocorre com os gastos das empresas deduzidos do imposto de renda de pessoa jurídica.

Devemos destacar que o subsídio implícito tem um caráter muito mais negativo, decorrente do fato de que, segundo o ideário da proteção social com acesso gratuito universal e integral dos serviços, o financiamento dos serviços deveria ser realizado para o sistema estatutário e não para serviços de escolha privada.

Ademais, o montante que deixará de constar na receita dos cofres públicos devido ao subsídio implícito é imprevisível antes de ocorrido e de difícil conhecimento depois de ocorrido. Os indivíduos nunca saberão explicitamente o valor que conhecidos e desconhecidos seus puderam deduzir do imposto de renda que deviam. Como o gasto é deduzido do montante a ser pago, nesse sistema as pessoas com maior renda são mais beneficiadas que as de menor renda. Evans (op. cit.) aponta que esse fato, independentemente da dedução ser integral ou parcial em relação ao gasto, acarreta o efeito regressivo que o subsídio variável tem sobre o financiamento setorial.

O efeito que o subsídio implícito pode causar sobre a progressividade do financiamento do setor Saúde relativiza o consenso de que o financiamento setorial realizado por fontes públicas, isto é, derivado dos tributos, seja sempre mais progressivo que o realizado de forma privada e interfere sobre o *mix* público-privado. Nos casos de países com esse tipo de subsídio, o grau de regressividade pode ser tão alto que acabe interferindo na progressividade do financiamento setorial como um todo, como no caso da Irlanda (EVANS, op. cit.).

Outra questão apontada é o risco de que a pressão que os Estados têm para conterem o gasto público possa levar ao aumento da prática do subsídio implícito, por este ser encoberto e não explícito. Segundo Evans (op. cit.), numa situação hipotética, os governos europeus poderiam ceder à pressão do mercado em favor desse tipo de subsídio, incentivando gastos fora de seus controles e fundos, ao mesmo tempo em que conseguissem manter a aparência de cuidadosos com o financiamento público setorial. Aí reside a perversidade do subsídio implícito, pois este tipo de acontecimento não seria facilmente aceitável pela população caso o processo fosse explícito.

Os apontamentos de Evans (op. cit.) mostram que os possíveis efeitos dos subsídios sobre o financiamento setorial devem ser contemplados no *mix* público-privado dos sistemas de saúde e ter sua tendência monitorada para uma análise completa do relacionamento entre o que é do interesse público e o que é do privado nos sistemas de saúde. Uma última lição que se destaca dessa discussão é a de que, quando se fala a favor ou contra os subsídios para gastos com saúde no Brasil, é preciso distinguir o tipo de subsídio para embasar a proposta adequadamente.

4.3 | Oferta de Serviços de Saúde

A oferta de serviços de saúde no Brasil é feita pelo SUS e pelo mercado privado. Para mensurá-la foram utilizadas informações da Pesquisa Assistência Médico-

Sanitária (IBGE, 2005 e 2009), que coleta dados sobre a rede instalada de serviços. Como esta pesquisa mensura a quantidade de recursos e não a sua produção, a análise de seus resultados deve levar em conta esta limitação, que buscou ser enfrentada na Seção 1.

Como visto, mesmo com a grande importância da natureza privada do prestador da assistência hospitalar, a provisão dos serviços se destina predominantemente ao setor público. Assim, o SUS utiliza os hospitais próprios e também contrata e convenia hospitais privados para a prestação dos seus serviços, sendo que é contratada ou conveniada ao SUS a grande parte dos hospitais e leitos privados existentes no país. Restam para uso privado os leitos não contratados ou conveniados ao SUS e que, portanto, oficialmente — não necessariamente na prática — estariam disponíveis para serem utilizados para serviços financiados pelo desembolso direto ou por meio dos seguros privados. O mesmo se aplica aos equipamentos.

Além dos leitos privados, a oferta de serviços para consumo privado pode contar com alguns leitos públicos, pois uma pequena parte dos leitos públicos não está classificada pela AMS/IBGE como de leitos próprios do SUS. Estes leitos podem estar sendo usados pelo mercado privado, podendo pertencer a hospitais universitários e a alguns hospitais públicos que têm contratos com seguros privados ou, ainda, podem pertencer a hospitais militares e instituições de previdência estadual e municipal, sendo usados para planos chamados de públicos (como de militares e de servidores públicos).

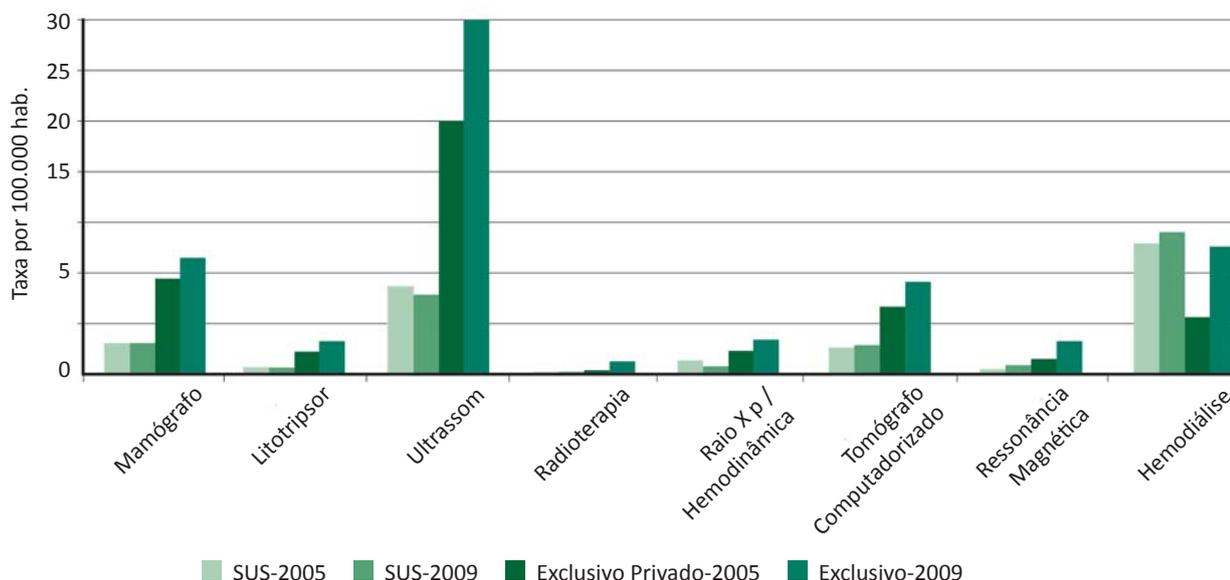
Destaque-se que, como mencionado por Santos et al. (2008), existem algumas limitações a serem consideradas numa análise de disponibilidade comparada de oferta, uma vez que pode haver superestimação e subestimação: (i) os estabelecimentos privados que oferecem leitos e equipamentos ao SUS também o fazem para a clientela dos seguros privados, bem como para os que pagam diretamente pelo serviço e (ii) muitos leitos e equipamentos que oficialmente são reservados ao SUS podem, na prática, ser utilizados para pacientes privados.

A comparação da disponibilidade de equipamentos de média e alta complexidade foi feita entre os ofertados pelo SUS (incluídos os privados contratados e os conveniados) e os disponíveis para uso exclusivamente privado. A partir das informações da AMS-IBGE de 2002 e 2005 foram calculadas as taxas de equipamento de média e alta complexidade por 100.000 pessoas (Gráfico 5), tendo sido considerada toda a população brasileira no cálculo da disponibilidade do SUS e os beneficiários de seguros com assistência médico-hospitalar para verificar as desigualdades na oferta entre a população com e sem cobertura duplicada.

Verifica-se que a disponibilidade de equipamentos é muito maior para a clientela de seguro privado para a quase totalidade dos equipamentos analisados entre 2005 e 2009. Além disso, houve um grande aumento na taxa por 100 mil habitantes/

segurados de todos os equipamentos, especialmente nos de hemodiálise, cuja oferta era basicamente pública em 2005. Em 2009, como mostrado na Seção 1, a quase totalidade da capacidade instalada é privada, mas, mesmo com o enorme crescimento da oferta desses aparelhos, a disponibilidade ainda continua sendo maior para uso pelo SUS.

Mais instigante ainda é a análise da relação entre essas disponibilidades (Tabela 11), quando vemos que, se em 2005 havia até sete vezes mais aparelhos de ressonância magnética para serem usados pelos segurados por meio do seguro do que para serem usados pela população brasileira por meio do SUS, em 2010 eram 10 vezes mais aparelhos de RM. Essa diferença explica o aumento de aparelhos no período, como apontado na Seção anterior, e mostra que o aumento ocorreu, mas com maior disponibilidade para uso fora do SUS. Além disso, de 2005 para 2010 passaram de cinco vezes mais para sete vezes mais mamógrafos a serem usados pelos beneficiários de plano privados que pelos usuários SUS, e assim por diante (de 4 vezes mais litotripsores para 6 vezes mais, de 4 vezes mais tomógrafos computadorizados para 7 vezes mais, de 1,6 vezes mais aparelhos para radioterapia para 2,9 vezes mais, etc.).

Gráfico 05. Evolução do número de equipamentos de Média e Alta Complexidade/Alto Custo, por 100.000 habitantes/segurados, segundo disponibilidade SUS e exclusividade privado. Brasil, 2005 e 2009

Fontes: Elaboração própria a partir de AMS/IBGE-2005 (disponibilizado em Santos et al, 2008) e 2009.

Notas: Para cálculo da disponibilidade SUS: População brasileira estimada pelo IBGE para 2005 (183.798.218) e Censo Demográfico 2010 (190.755.799).

Para cálculo da disponibilidade para segurados: beneficiários com planos médico-hospitalares, SIB/ANS/MS (35.151.348 em dez 2005 e 41.923.639 em dez 2010).

Tais resultados mostram que a oferta desses equipamentos é muito maior para o segmento suplementar que para o SUS. Entretanto, ainda ocorre o inverso com os aparelhos para hemodiálise, cuja disponibilidade para serem usados por meio de seguro ainda é menor que a para serem usados por meio do SUS, mesmo com todo o aumento ocorrido no período.

Note-se que essas desigualdades refletem a média brasileira e não mostram as desigualdades inter-regionais, que, dependendo da região, podem ser maiores ou menores, como mostrou o estudo de Vianna et al. para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2005), sobre alguns equipamentos de alta complexidade a partir dos dados da AMS/IBGE de 1999 e de 2002.

Mas o mais importante de toda a análise das desigualdades na oferta é que a grande parte dos leitos, equipamentos e unidades hospitalares privados e dos profissionais de saúde é compartilhada entre SUS e segmento suplementar o que, sendo feito sem regras, permite aos prestadores a livre busca pela otimização da receita, combinando diferentes formas de trabalho, seja para o setor público, seja para o privado, configurando a mais desregulada dupla porta de entrada.

Tabela 11. Evolução da relação de equipamentos Exclusividade Privado/Disponibilidade SUS. Brasil, 2005 e 2009

Equipamento	2005	2009
Mamógrafo	4,9	6,8
Litotripsor	4,0	6,3
Ultrassom	5,2	8,4
Radioterapia	1,6	2,9
Raio X p/ Hemodinâmica	2,8	4,9
Tomógrafo Computadoriz.	4,1	7,4
Ressonância Magnética	6,7	10,4
Hemodiálise	0,3	0,9

Fontes e **Notas:** Ver Gráfico 5.

4.4 | Uso dos Serviços de Saúde

Mesmo com as limitações da pesquisa AMS/IBGE, é possível verificar algumas relações entre a oferta e o uso de serviços, pois a distribuição da oferta da assistência médico-hospitalar pelo SUS e pelo mercado privado se reflete na produção de serviços de saúde do país e na utilização segundo o agente financiador. Segundo análise de dados da PNAD/IBGE feita por Porto et al. (2006), entre as pessoas que foram

internadas em 2003, 70% o foram pelo SUS, 25% por meio de seguro privado de saúde e 5% pagaram diretamente pela internação (gasto privado direto).

A taxa de uso de serviços de saúde se diferencia substancialmente se foi realizado pelo SUS, por meio de seguros privados ou pelo pagamento direto. A taxa de internação é um indicador de uso e que resulta, em parte, da disponibilidade de leitos. Assim, a distribuição da oferta de serviços para as internações no SUS e no segmento suplementar pode influenciar o uso de serviços nestes setores em prol da população coberta por seguro privado. Note-se que a fonte de dados utilizada é a PNAD/IBGE, que registra até uma internação por pessoa, de forma que este indicador não contempla as reinternações. A taxa de internação da população com seguro privado (8,3%) foi expressivamente maior que a da população brasileira como um todo (7%) em 2003 (SANTOS et al., op. cit.). É possível que esta desigualdade em favor dos cobertos por seguro privado tenha relação com a maior disponibilidade de leitos para uso por meio deste seguro que para a população brasileira para uso pelo SUS.

Ainda são poucos os trabalhos que mostram a fonte de financiamento segundo o tipo de serviço utilizado. Alguns trazem informações importantes para auxiliar a compreensão sobre quais serviços e em que condições a população com cobertura duplicada utiliza o SUS ou o seguro privado.

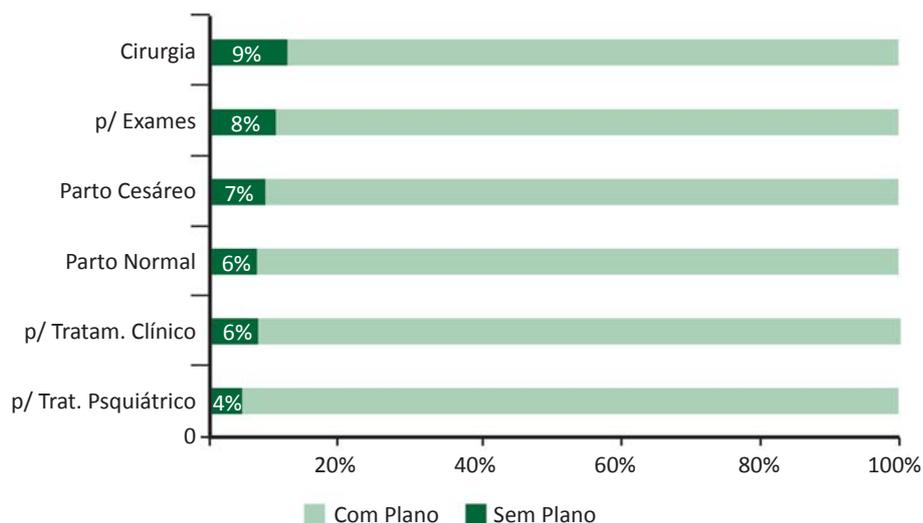
Um desses trabalhos é o de Pessoto et al. (op. cit.), que mostra que o tempo de espera por pacientes da Região Metropolitana de São Paulo é diferente segundo o tipo de estabelecimento procurado e se possuem seguro privado ou não. As pessoas com seguro privado esperaram em média 32 minutos pelo atendimento (41 minutos no pronto-socorro/hospital e 26 minutos em clínica/consultório), enquanto os sem plano esperaram 81 minutos, tendo esperado mais no pronto-socorro/hospital (87 minutos) que no posto/centro de saúde (80 minutos). O tempo médio para os que possuem plano diminui à medida que aumenta a renda, tendo passado de 46 minutos para os do primeiro quintil para 26 no quinto quintil. Entre os sem plano, passou de 78 minutos no primeiro quintil para 93 no segundo e depois começou a diminuir, até 70 minutos no quarto quintil, o último nível de renda para o qual havia informação desagregada consistente.

Como assinalam Cordeiro et al. (op. cit.) a espera é um fator importante na identificação de problemas do SUS e também já desponta no segmento suplementar devido a restrições de disponibilidade no agendamento de consultas, segundo mostram Conill et al. (op. cit.).

Em relação ao tipo de serviço de saúde utilizado, analisaremos as informações da PNAD/IBGE-2003 publicadas em 2008 por Santos et al. (op. cit.), tendo sido acrescida a seus resultados a variável “população sem seguro” que permite a comparação do uso segundo a posse de seguro privado. É possível acompanhar essa informação a cada publicação do Suplemento Saúde da PNAD, isto é, a cada cinco anos.

Entre os internados pelo SUS, em média 6,7% possuíam seguro privado, mas esse uso do SUS por segurados é proporcionalmente maior para as internações para realizar cirurgia (9,0%), exames (7,7%) e parto cesáreo (7,4%), conforme Gráfico 6.

Note-se que a população com cobertura duplicada usa proporcionalmente mais o SUS para parto cesáreo (7,4%) que para parto normal (6,0%) e a desagregação dos dados por nível de renda mostrou que esse uso aumenta simultaneamente com a renda, o que indica que as mulheres com cobertura duplicada e maior renda utilizam o SUS proporcionalmente mais para cesarianas que as com cobertura duplicada e menor renda.

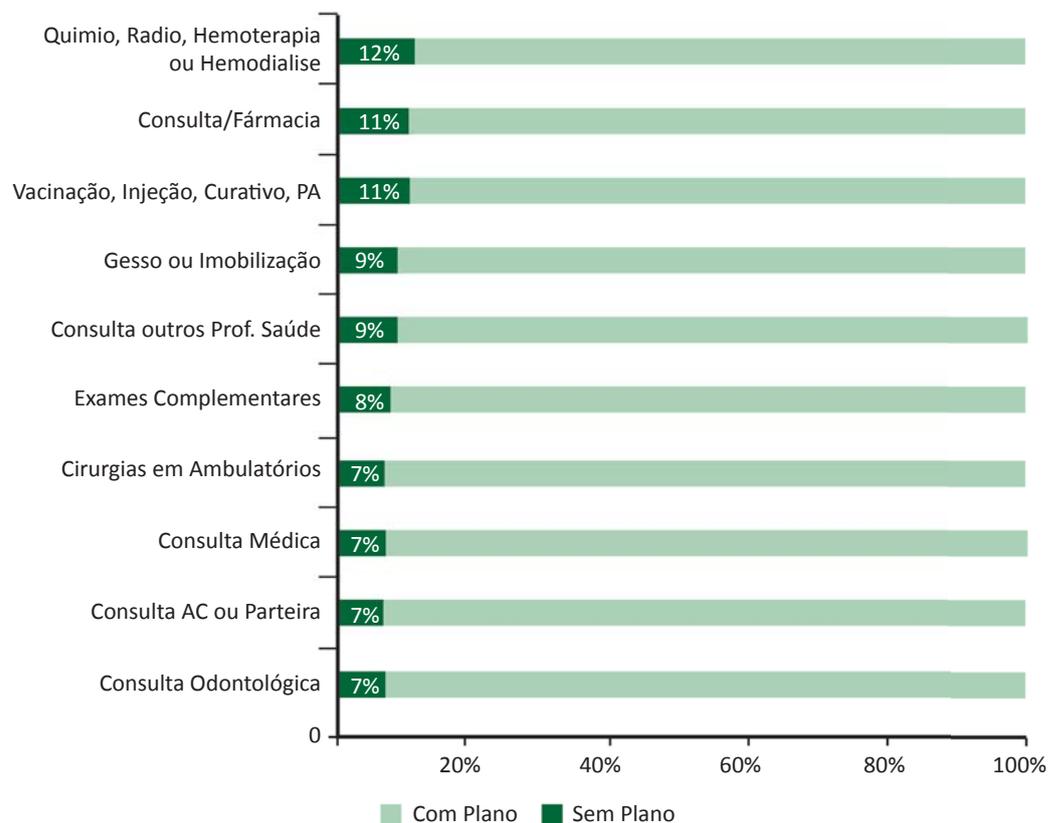
Gráfico 06. População internada pelo SUS nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo posse de seguro privado e tipo de serviço. Brasil, 2003

Fonte: PNAD/IBGE–2003, adaptado de Santos et al (2008).

Notas: Elaborado a partir dos microdados PNAD/IBGE de 2003. Para o cálculo da taxa de uso de serviços de Seguro de Saúde foi considerada a população com planos públicos e privados, para SUS foi considerada a população do Brasil.

Também foi observada diferença no uso dos atendimentos, pois se 7,1% dos atendidos pelo SUS nas duas semanas anteriores à entrevista possuíam seguro privado (Gráfico 7), alguns serviços do SUS de alta complexidade foram proporcionalmente mais utilizados por pacientes com cobertura duplicada que outros, como alguns de alta complexidade (possuíam seguro 11,6% dos atendidos no SUS para quimioterapia, radioterapia, hemoterapia ou hemodiálise) e outros de baixa complexidade (possuíam seguro 11,0% dos atendidos no SUS para vacinação, injeção, curativo ou pronto atendimento), estes últimos geralmente não cobertos pelo seguro privado e, portanto, não configurando a duplicação de cobertura.

Por outro lado, entre os atendidos pelo SUS para consulta médica e para consulta de agente comunitário ou parteira, 6,5% tinha seguro, demonstrando uso proporcionalmente menor deste tipo de serviço.

Assim, alguns serviços do SUS são proporcionalmente mais usados por segurados que outros, tais como internações para realizar exames e parto cesáreo e alguns atendimentos de alta complexidade e outros de baixa complexidade, sendo certo que estes últimos geralmente não estão cobertos pelo seguro privado e, portanto, não configuram a duplicação de cobertura. Mas outros serviços são proporcionalmente menos usados pelos segurados no SUS, como consulta médica, consulta de agente comunitário ou parteira (SANTOS, 2009, op. cit.).

Gráfico 07. População atendida pelo SUS nos 2 meses anteriores à entrevista, segundo posse de seguro privado e tipo de serviço. Brasil, 2003

Fonte: PNAD/IBGE–2003, adaptado de Santos et al (2008).

Notas: Elaborado a partir dos microdados PNAD/IBGE de 2003. Para o cálculo da taxa de uso de serviços de Seguro de Saúde foi considerada a população com planos públicos e privados, para SUS foi considerada a população do Brasil.

Essas desigualdades ganham maior dimensão quando se observa o aumento da importância dos seguros privados para o financiamento dos serviços usados nas duas últimas décadas. Estudo da PNAD/IBGE realizado por Paim et al. (2011) mostra que, se em 1981, 75% dos entrevistados foram internados pelo sistema público e previdenciário e 6% pelo seguro privado, em 2008, foram 67% e 20%, respectivamente, configurando um brutal aumento do peso do seguro nas internações e a correspondente diminuição no sistema público. A proporção das internações financiadas pelo desembolso direto se manteve estável em 10% no período analisado.

A análise dos estudos empíricos não deixa dúvidas de que o problema a ser enfrentado está, mais do que no que é acrescido ao SUS (no suplementar), na cobertura duplicada, isto é, no que disputa com o SUS de maneira predatória aos direitos sociais e interesses públicos. Os resultados contribuem para a desmistificação de que o setor suplementar é o vilão do sistema de saúde e ressaltam a importância em examinar os problemas advindos da cobertura duplicada (SANTOS, 2011).

4.5 | Tendências do *Mix* Público-Privado e Papel do Estado na Regulação das desigualdades

4.5.1 | Discussão internacional

Quando observamos especificamente o setor Saúde, tem sido cada vez mais disseminada a crença no setor privado como alternativa ao descontentamento e às dificuldades encontradas no uso de serviços de saúde no setor público. Tal crença é reforçada pelo alto valor atribuído à escolha e pela convicção na maior eficiência do setor privado na gestão dos serviços, como apontou Maynard (2005a). Ainda, outro argumento também comumente utilizado em defesa do aumento do tamanho do setor privado e de sua autonomia é a sua suposta contribuição na diminuição da pressão sobre o sistema público.

Ao setor privado, entretanto, correspondem vários problemas sérios e que devem ser analisados. Um deles é a existência de evidências, como a de que os princípios do setor privado não garantem que este resolva *per se* o problema de iniquidade de acesso aos serviços de saúde (MAYNARD, op. cit.). Além disso, por operar sob a lógica de interesses privados, a existência e o funcionamento de serviços e profissionais de saúde no setor privado não são suficientes para que este se organize como sistema de saúde (RODRIGUES e SANTOS, 2008).

Ao contrário, a atuação do setor privado é influenciada pela motivação de obtenção de lucro que este setor persegue, e não pela solidariedade ou pelo direito de cidadania, que são valores necessários a um modelo de proteção social que não atribua ao indivíduo toda a responsabilidade por sua saúde.

A presença do setor público garante o poder de interferir nos resultados do sistema com políticas que contemplem com maior propriedade o interesse público. Como mostraram Contandriopoulos et al (1993, apud CONILL, 2006), a relação entre o controle dos custos e os resultados de saúde sofre interferência com presença do setor privado no financiamento. Diferentemente do setor público, o privado atende a demandas individuais e influencia a prestação de serviços e a organização do sistema de saúde por esses valores, ao invés de valores coletivos que poderiam gerar melhores resultados do ponto de vista da proteção social ao risco.

No caso do profissional médico, a origem do setor privado no setor Saúde está nos primórdios do exercício da medicina, do profissional médico que é um profissional liberal. Por este motivo, argumenta Maynard (2005b) que é da natureza do setor privado ser influenciado por motivações e interesses particulares dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos, que são profissionais liberais e com interesses inerentes ao setor privado, os quais convivem com sua atuação também no setor público, como mostra Saltman (2003), de forma a interferir também nas escolhas sociais e decisões políticas.

Essas crenças no setor privado e a esperança depositada no Estado para resolver os problemas de interesse público sempre orientaram o debate no *mix* público-privado no setor de saúde.

Mesmo com todas as mudanças ocorridas nos sistemas de saúde desde o final do século passado em consequência do questionamento do tamanho e das funções do Estado e do mercado nas sociedades, a disputa entre o público e o privado gera um movimento que não é exclusivo do final do século XX, pois é antigo e se fundamenta em correntes ideológicas antigas e novas.

Para Williams (2005) e Maynard (2005b), no plano das ideias, o debate sobre o *mix* público-privado é sustentado pelos que defendem a igualdade de direitos, os *egalitarians,* em contraposição aos dos que sustentam o direito ao livre arbítrio dos indivíduos, os *libertarians*. Atualmente, essa discussão é comumente traduzida pela que se dá entre o *welfarianismo* e o neoliberalismo. É um debate que diz respeito a todas as dimensões da sociedade, sendo a saúde um importante componente entre elas.

Para esses autores, as mudanças que ocorrem nos sistemas de saúde são frutos da constante reformulação das ideologias dos *egalitarians* e dos *libertarians* e da agregação de elementos que tratam dos problemas e contextos de cada época e sociedade.

Mas lembramos que se deve ter o cuidado de aprofundar a observação dos fundamentos da relação entre essas ideologias, de seu aparente antagonismo, para a sua essência, que remonta às origens destas e do capitalismo. O forte desenvolvimento do mercado ao longo dos últimos tempos — que, após a criação do sistema financeiro

bancário ganhou grandes proporções no início do século XX, sempre trouxe consequências danosas à população e, em especial, aos trabalhadores. Por este motivo, foi acompanhado do que o autor chamou de "contramovimento" (POLANYI, 2000: 161), que é a mobilização da própria sociedade em defesa dessa forma de organização da produção e da coesão social.

Por este raciocínio, o desenvolvimento das sociedades capitalistas se dá com base em dois princípios organizadores, que são o liberalismo econômico e a proteção social, mas que não são antagônicos, pois compõem um duplo movimento, em que um princípio leva ao outro. Enquanto o liberalismo foi desenvolvido de forma planejada, a proteção social foi uma resposta espontânea da sociedade para proteger a classe trabalhadora.

Portanto, o *welfarianismo* e o neoliberalismo não devem ser entendidos como oposição absoluta, mas sim como uma lógica dialética da sociedade que se protege das mazelas da forma de produção e acumulação que desenvolveu.

Com as reformas dos Estados de Bem-Estar Social no final do século XX, diversas transformações vêm se intensificando nos arranjos entre o público e o privado no setor Saúde, no contexto atual de ideologias e forças políticas e econômicas que resultam das e nas relações entre mercado e Estado. Os efeitos das reformas foram mais de cunho administrativo, gerencial e econômico, não representando perda de direitos sociais, tampouco sustentando políticas de saúde que representassem diminuição da proteção ao risco para o universo da população, salvo algumas exceções.

Assim, mesmo com todas as reformas a pressão do setor privado não tem sido suficiente para desfazer os sistemas de saúde *bismarkianos* e *beveridgeanos,* baseados na proteção social, mas sim para introduzir novas formas de convívio entre o público e o privado no financiamento e na provisão dos serviços. Esse movimento resulta em novos formatos de *mix* público-privado no setor Saúde que precisam ser compreendidos para se garantir a prevalência do interesse público sobre o privado.

Embora o financiamento público continue extremamente importante nos sistemas de saúde da maioria dos países europeus e da OCDE, houve alterações no perfil do gasto privado e do copagamento no financiamento setorial que interferem no imbricamento público-privado nos sistemas de saúde, sobre o papel que o Estado desempenha sobre o *mix* e, provavelmente, na realidade do sistema de serviços de saúde, isto é, no dia a dia dos prestadores e dos usuários.

O contexto político-econômico e ideológico em que muitas sociedades se encontram na década de 1990 e, sobretudo, nos anos 2000, é de intensa presença das ideias do neoliberalismo, orientadas por questões econômicas e valores individuais em busca da maximização do benefício individual, por interesses de mercado e de acumulação financeira em detrimento dos valores coletivos e do princípio da

solidariedade. Esse contexto influencia os modelos de sistema de saúde que foram desenvolvidos com base em princípios de solidariedade e interfere nos fundamentos de universalidade, integralidade e na aderência que a sociedade tem à ideia do direito à saúde como um direito à cidadania.

Este tema é explorado por Deppe (2006), que considera haver uma "onipotência" do mercado sobre as questões sociais, a qual, junto à "economização" de questões sociais e médicas, transforma o caráter de política de saúde de "compensação do risco social" em "fator de suporte para a acumulação do capital global privado" (DEPPE, op. cit.: 4. Tradução livre), desfazendo-se a solidariedade na organização do cuidado da saúde em prol do fortalecimento dos interesses individuais e constituindo o processo que este autor chama de "reindividualização" e "comercialização".

Os efeitos desses valores sobre as pessoas e a pressão do setor privado são observados em propostas de reforma de sistema de saúde, que se originaram pela insatisfação com estes sistemas e pela crença na "capacidade de competição de mercado de produção de ganho de eficiência (...) refletem forte oposição de grupos de interesses de seguradoras privadas, servidores civis e empregadores à cobertura universal estatutária" (MOSSIALOS e THOMPSON, op. cit.: 14. Tradução livre).

Entre os países da União Europeia existe uma orientação sobre como a política pública deve atuar frente aos efeitos perversos da cobertura duplicada. Para o caso dos países com Sistema Nacional de Saúde, em que o seguro privado duplica e suplementa os seus serviços, recomenda-se que a ação do Estado sobre o *mix* público-privado deve se restringir às questões comerciais e econômicas de sustentabilidade financeira das operadoras do seguro privado. O argumento apresentado é que o Estado não deve usar recursos financeiros e humanos para cuidar do mercado de seguros privados quando este não é o sistema de saúde estatutário do país, pois somente assim estaria sendo garantido que os principais esforços ocorram no sentido de melhorar o próprio sistema estatutário, que é o escolhido pela sociedade para a proteção social do país.

Esta é uma posição não só de alguns estudiosos (SALTMAN op. cit.; WASEM et al, 2004; THOMPSON e MOSSIALOS, 2006; THOMPSON e MOSSIALOS, 2008) desse tipo de *mix*, mas também resulta de acordo formal entre os países da União Europeia, por meio de um conselho diretor próprio, cujas regras estão documentadas na Diretiva que delimita o escopo da regulação de cada país segundo a função do seguro privado no sistema de saúde, a *Third Non-Life Directive*. Este acordo vem sendo realizado entre esses países desde 1994 e constantemente aprimorado e, nos casos de sistema duplicado, proíbe a extensão do escopo da regulação para além das questões econômicas.

Há autores (THOMPSON e MOSSIALOS, op. cit.) que, embora recomendem ampliar o debate sobre os limites das regras para outros tipos de *mix*, sugerem que no

caso do tipo Duplicado e Suplementar o Estado não deve usar seus recursos financeiros e humanos para cuidar extensivamente do mercado de seguros privados. O argumento é que neste tipo o sistema estatutário já é responsável pela proteção à saúde além do fato do modelo de sistema nacional de saúde atender ao interesse público por ser mais solidário e apresentar menores iniquidades que os demais tipos de sistema de saúde. Além disso, consideram que somente assim (Estado centrado no sistema público e regulação pouco extensa sobre o seguro privado) estaria sendo garantido que os principais esforços do Estado ocorram no sentido de melhorar o sistema estatutário, que é o escolhido pela sociedade para compor a proteção social.

4.5.2 | No Brasil

Ao longo dos anos 70 e 80 teve grande influência a proposta de transformação do modelo da atenção à saúde, que representou uma alternativa para o sistema de saúde brasileiro à crise econômica e previdenciária pela qual o país passava. Diversas mudanças ocorreram no setor Saúde, como a implantação das Ações Integradas de Saúde, AIS, em 1982, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) em 1986, a qual subsidiou os Constituintes na elaboração da Constituição Cidadã e, ainda, a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, SUDS, em 1987.

Esses fatos, em conjunto com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, influenciaram a Constituinte e resultaram nos preceitos do capítulo da Seguridade Social e da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988, que consagra um sistema público de saúde, com acesso gratuito e universal a uma ampla cesta de serviços de saúde, organizados pela integração entre os três níveis de atenção.

Ao mesmo tempo, foi permitida a possibilidade de a iniciativa privada atuar na assistência à saúde — por meio de relação contratual e convenial na prestação de serviços ao SUS, constitucionalmente denominada de “complementar”[7] e posteriormente normatizada no Título III da LOS nº. 8.080/90, sobre os serviços privados de saúde — e foram definidos como de relevância pública as ações e os serviços de saúde, temas dispostos respectivamente nos Artigos 197 e 1999. Posteriormente, estas disposições sustentam a atuação do Estado na regulação do mercado de seguros privados, por meio de lei própria, bem como a criação de órgão regulador (Lei nº. 9656/98 e ANS/MS).

O Relatório da 8ª CNS faz uma única menção ao segmento suplementar, e de forma muito vaga: “os incentivos à chamada medicina de grupo deverão ser revistos” (BRASIL, 1987: 387). Mesmo assim, tal sugestão não resultou em texto na Constituição

---

7 O artigo 199 da Constituição Federal estabelece que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e, em seu parágrafo primeiro, que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS segundo diretrizes deste, mediante contrato de direto público ou convênio”.

Federal, que não trata dos seguros privados especificamente. A omissão na Constituição se deu pelo não aclaramento das regras entre o SUS e os seguros privados.

De qualquer forma, essa omissão pode ser considerada como uma política, uma vez que as políticas públicas constituem, como muito bem assinalou Menicucci, “um conjunto de decisões e ações governamentais e, também de não decisões” (MENICUCCI, 2007: 292). E é possível que a lacuna do texto constitucional sobre o *mix* público-privado nesse aspecto reflita a escolha pela permanência da ambiguidade da sociedade brasileira em relação à existência dos seguros privados concomitante à do SUS.

Em relação à disputa política sobre o sistema de saúde que estava sendo definido, a inexistência de uma abordagem própria ao arranjo entre o SUS e os seguros privados na Constituição é também resultado dos limites da força política do movimento da reforma sanitária. Este estava voltado à criação de um sistema público nos moldes dos sistemas nacionais de saúde e, sobretudo, à transformação da relação do Estado com os prestadores privados, não tendo havido, portanto, espaço para incluir na pauta dos interesses políticos uma negociação de qual tratamento dar aos seguros privados, que ainda não tinham tanta visibilidade como nos dias atuais.

Assim, além da criação do sistema público, um dos grandes avanços da Constituição Federal em relação ao *mix* público-privado foi a reformulação das regras de atuação da prestação privada. Foi redefinido o relacionamento entre o novo sistema de saúde e os prestadores privados de serviços (que já se relacionavam com o INAMPS), conforme as proposições da 8ª CNS, para que fosse reorientado o embasamento nas normas do Direito Civil, de “igualdade entre as partes”, para as do Direito Público, que tornariam o “serviço privado concessionário do serviço Público” (BRASIL, 1987: 288 e 387, op. cit.).

Com isso, a permissão da iniciativa privada na assistência à saúde de forma complementar admite a contratação das instituições prestadoras privadas pelo Estado, pelas empresas que comercializam os seguros privados e, ainda, diretamente pela população, sendo que grande parte dos prestadores privados e dos médicos pode atuar tanto no sistema público como no privado — e, de fato, atua, como discutido nas Seções anteriores.

Contudo, para que os serviços fossem prestados pelos profissionais e estabelecimentos privados e complementassem a oferta dos prestadores estatais, conforme os princípios de um sistema público, era necessário possuir uma capacidade operacional e política de imposição dos interesses públicos sobre os privados que o Estado e a sociedade ainda não tinham.

É possível que esta capacidade esteja sendo gradualmente desenvolvida, refletindo na edição de algumas normas para a regulação assistencial, como as

Normas Operacionais Básicas (NOB), a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde. Mais recentemente, a proposta do Ministério da Saúde de regulação pública do SUS, publicada na Portaria que institui a Política Nacional de Regulação do SUS (MS, 2011), que vinha sendo discutida desde 2006 e foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), organiza os fluxos da prestação de serviços de assistência à saúde tendo em vista todo o sistema de saúde, incluído o segmento suplementar. Desse ponto de vista, esta política visa uma regulação que abrange mais que o SUS e, mesmo que seu nome seja de regulação do SUS, na realidade é do sistema de saúde como um todo. Também deve ser destacada a busca pelos caminhos de uma descentralização que leve à constituição de redes de atenção e viabilize um passo na direção da tão falada regionalização, como a recente Portaria do MS (2011).

Também, são cada vez mais presentes na pauta da política de saúde mecanismos de regulação, como os para a contratualização, as centrais de regulação de leitos e de procedimentos especializados. Além disso, aumentam questionamentos à disseminação da implantação de diversas experiências de formas de gestão cada vez mais imbricadas entre o público e o privado na saúde, como as Organizações Sociais, as experiências em São Paulo de AMA, PAS, entre outras. Além disso, surgem sugestões de revisões do modelo jurídico dos prestadores públicos e privados, como, por exemplo, a proposta de Fundação Estatal.

Mas tudo indica que as mudanças ainda estão acompanhadas de baixo potencial para enfrentar o componente da atuação do mercado privado que afeta negativamente o interesse público e o SUS. Ainda estamos vivenciando um forte componente ideológico que dificulta o debate sobre o avanço em novas formas de gestão que realmente o protejam do interesse privado. Por um lado, esse debate é marcado por uma característica de corporativismo dos funcionários públicos que trabalham no SUS que dificulta a sua contribuição para a viabilização da melhoria na gestão, como mostra Nogueira (2011). Mas, por outro lado, são esses mesmos profissionais que estão representando alguma possibilidade de defesa do Estado em relação aos riscos da atuação de novos modelos público-privados na gestão de serviços públicos, os quais vêm se propagando de forma avassaladora e sem grandes compromissos com a *res* pública; ao mesmo tempo em que ainda não se tem a necessária capacidade técnica e política do Estado em saber defender o que é público.

Muito embora a referida capacidade operacional e política de imposição dos interesses públicos sobre os privados que o Estado e a sociedade têm esteja mudando, as informações discutidas nas Seções anteriores mostram que a estrutura da sociedade não parece estar sofrendo alterações a ponto de esta capacidade defender fortemente o interesse público do privado.

Diante desse contexto, a inserção do seguro privado no sistema de saúde brasileiro merece ser amplamente discutida. Como já demonstrado acima, temos uma

cobertura duplicada que resulta da coexistência do sistema público, orientado para proporcionar acesso gratuito e universal a uma cesta integral de serviços de saúde, com o mercado de seguros privados, que oferece serviços semelhantes aos do público e, muitas vezes, com sofisticações, fato esse que lhes dá a característica de suplementar. O que tem sido feito em relação a isso e quais os possíveis caminhos para a política de saúde em nosso país?

Primeiramente, urge incluir o tema na agenda política, de modo a permitir a participação da sociedade, possibilitando, assim, uma rearticulação em defesa do fim dos subsídios fiscais para dedução dos gastos privados com saúde, tanto do IRPF como do IPRJ, como atualmente permitidas. Atualmente, o que se vê é um movimento contrário, com tendência a ampliar tais subsídios, como nos mostra a recente inclusão dos gastos com seguro de empregados domésticos na lista de deduções do IRPF.

Junto a isso, os apontamentos das questões teóricas sobre o arranjo suplementar e com cobertura duplicada no debate internacional apontam diferenças em relação aos rumos observados na política de regulação que vem sendo destinada ao mercado de seguros privados no Brasil. Mesmo considerando que cada sociedade tem o seu próprio processo histórico e que as taxas de cobertura de seguro privado em países com sistema nacional de saúde não cheguem ao patamar dos 20% da brasileira, em muitos casos elas também são altas e conformam problemas no arranjo público-privado daqueles países. Sem questionar os avanços da existência de uma política regulatória, uma vez que a crítica só é possível de ser feita a partir do amadurecimento adquirido ao longo dos últimos 10 anos de sua existência — desde quando iniciada no Ministério da Saúde em 1998, primeiro no extinto Departamento de Saúde Suplementar (Desas/SAS/MS) e depois na ANS/MS.

Partindo do pressuposto que (i) muito provavelmente o tipo de arranjo público-privado que temos continuará sendo o suplementar e duplicado por tempo indeterminado e; (ii) que devido à concentração da renda da sociedade brasileira, a grande parte dos indivíduos com poder aquisitivo ou emprego para ter seguro privado já o têm, configurando uma saturação da demanda como a atingida nos países da Europa; deve-se questionar quais os efeitos que esta regulação está tendo sobre o grau de solidariedade da proteção social e o interesse público.

A regulação que tem sido feita no Brasil sobre as relações entre os seguros privados e o SUS, muitas vezes, é focada no segmento suplementar e não sobre todo o *mix* público-privado, como deveria (MENICUCCI op. cit.; SANTOS, 2009). A presente regulação ainda não protege os objetivos do SUS, e isso poderia ser feito mantendo-se o nosso sistema de saúde híbrido, desde que se tornasse voltado para responder às necessidades de uma proteção social solidária e mais equânime.

Mesmo nos pontos em que a Lei nº. 9.656/1998 (Brasil, op. cit.) estabelece interface do segmento suplementar com o SUS — por exemplo, o ressarcimento —, o

objeto a ser regulado é o seguro privado, objetivando-se diminuir a área de abrangência deste com o SUS e não regulando o SUS quanto à organização do sistema, com base nas sobreposições de uso e financiamento. Isto poderia ser feito a partir da reorientação do esforço que vem sendo feito pela ANS para a cobrança do ressarcimento, em direção ao uso das informações epidemiológicas e sobre o uso de serviços do SUS por pacientes com cobertura duplicada, de modo que subsidiem a regulação do SUS, com vistas a regular a dupla porta de entrada nos estabelecimentos.

Desde a implantação da regulação, além de atuar nas questões econômico-financeiras das seguradoras, a regulação também é fortemente extensiva às questões relativas à integralidade e a cobertura de serviços, e há tendência em aumentar este objetivo da regulação, na direção de ampliar a cobertura de serviços para os segurados (SANTOS, 2009 op. cit.). Esta atuação do Estado brasileiro sobre o segmento de seguro privado é de expansão da população com cobertura duplicada e dos serviços que são duplicados e tem, portanto, se dado na contramão do que é proposto pelos trabalhos realizados com países europeus e da OCDE.

Por mais que essa política venha a ocorrer por desconhecimento da gravidade de seus efeitos negativos sobre o sistema de saúde como um todo, é inegável que traz como consequência a perpetuação da segmentação da sociedade brasileira. E assim a política de saúde termina por configurar uma das formas de sustentação não apenas do mercado de seguros privados, mas também da elite brasileira.

Portanto, é necessária a reorientação da atuação do MS para um outro objeto da regulação, cujo foco seja transferido do mercado de seguros privados para o *mix* (a chamada "regulação integrada" em Cordeiro et al op. cit.), a partir de regras que protejam o SUS dos efeitos indesejáveis do *mix* público-privado relacionados à cobertura duplicada, no tocante ao uso, prestação, financiamento e acesso aos serviços do SUS. Seria não mais a regulação do Estado sobre o segmento suplementar, mas sim sobre o arranjo público-privado no sistema de saúde.

4.6 | Enfim

Mesmo que, diante das reformas das últimas décadas, a grande maioria dos países desenvolvidos não tenha abandonado a condição de cidadania que fundamenta seus sistemas de proteção social, os valores neoliberais que atribuem maior importância às questões individuais e maior eficiência ao mercado têm estado cada vez mais presentes, gerando transformações sobre como as pessoas concebem um sistema de saúde ideal.

Somem-se a isso as consequências advindas da resposta à crise fiscal pela qual muitos países passaram e passam — vide imposição do FMI de diminuição do gasto social público português para recebimento dos empréstimos — e da difusão

da ideia de ineficiência do Estado quanto à sua capacidade de gerenciamento, que reforçaram os valores individualistas e a crença no mercado como a instância que melhor faria a provisão e distribuição de bens e serviços sociais. Este movimento afeta a confiança na adequabilidade da proteção social ser universal e fortalece a ideia de que seja um bem de responsabilidade individual.

No caso brasileiro, os valores individuais também influenciam o comportamento da sociedade e as políticas públicas, tanto em relação à menor importância atribuída aos valores coletivos, como na diminuição da crença da capacidade do Estado de gerir o que é público e na pressão para que o Estado regule os mercados públicos e privados, sendo que o mercado privado procura exercer influência para que o Estado aceite sua autorregulação.

Além disso, deve ser destacado que, embora as propostas neoliberais não tenham destruído a proteção social conquistada ao longo da década de 1980 e expressa na Constituição Federal de 1988, nosso modelo de Estado de Bem-Estar sofreu fortes constrangimentos devido ao ajuste macroeconômico ao longo da década de 1990 e nos anos 2000. Com isso, ao mesmo tempo em que, por um lado, a proteção social no setor Saúde continuou explicitamente baseada na concepção de um sistema nacional de saúde, por outro lado, a manutenção e a efetivação de seus princípios resultam implicitamente de: (i) uma contínua disputa entre o interesse público e os privados que permeiam a sociedade e (ii) das configurações herdadas no desenvolvimento histórico do sistema de saúde, do Estado e da sociedade brasileiros. Estes são provavelmente os fatores determinantes para a forte preocupação pela boa “saúde” do segmento de seguros privados e das instituições que estão sendo criadas, desenvolvidas e fortalecidas para executarem a gestão pública, como, por exemplo, as Organizações Sociais e as empresas para gestão compartilhada no caso do estado do Rio de Janeiro.

4 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C; PIOVESAN, MF; SANTOS, IS; MARTINS, ACM; FONSECA, AL; SASSON, D; SIMÕES, KA. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Rev. C S Coletiva 2008;** 13(5): 1421-1430.

ANDREAZZI, MFS; OCKÉ-REIS, CO. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **Physis.** Ver Saúde Coletiva 2007, 17(3): 521-544.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório ANAHP.** ANAHP; 2010. 114 p.

BAHIA, L; LUIZ, RR; SALM, C; COSTA, AJL; KALE, PL; CAVALCANTI, MLT. O Mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Rev. C S Coletiva 2006;** 11(4): 951-965.

BAHIA, L; SCHEFFER, M. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde no Brasil. **Relatório de Estudo**, abril de 2011. Disponível em http://www.cebes.org.br/media/File/Planos_de_Saude_Eleicoes.pdf (Acessado em 14 de junho de 2011).

BORGES DOS SANTOS, MA; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2004; 9(3): 795-806.

BORGES DOS SANTOS, MA; PASSOS, SR. Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** 2010; 26(8): 1483-1493.

BORGES DOS SANTOS, MA; MORAES RM; HOLGUIN TG; PALIS RL. Participação das atividades de saúde na economia brasileira: informações da Conta de Saúde 2000-2007. **Revista Panamericana de Salud Pública.** 2012; 31(2): 153-160.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais.** Brasília: Cento de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

__________. **Lei nº 11.439** de 29 de dezembro de 2006. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias de 2007 e dá outras providências.

__________. **Lei nº 11.451** de 07 de fevereiro de 2007. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2007.

__________, MINISTÉRIO DA FAZENDA. Secretaria da Receita Federal. Coordenação-Geral de Política Tributária. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária — 2003** (Gastos Tributários). Brasília, 2002.

__________, Secretaria da Receita Federal. Coordenação-Geral de Política Tributária. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária — 2010** (Gastos Tributários). Brasília, 2009.

__________, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria/GM/MS nº. 1.559** de 10/08/2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde — SUS.

________, **Portaria/GM/MS nº. 1.473** de 24/06/2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

________, **Agência Nacional de Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos, dezembro de 2009. Rio de Janeiro: 2009.

________, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos, Dezembro de 2010. Rio de Janeiro, março de 2011.

CARVALHO, G 2011. **Gasto com Saúde no Brasil** em 2009. **http://www.idisa.org.br/site/paginas/visualiza_subcategoria.php?sub=324** (Acessado em 10 de junho de 2011).

CHERNICHOVSKY, D. **The public-private mix in the modern health care system** — concepts, issues, and policy options revisited. Working Paper n. 7881. NBER: September 2000. http://www.nber.org/papers/w7881 (Acessado em 4 de outubro de 2006).

COLOMBO, F; TAPAY, N. Private Health Insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. **OECD Health Working** Papers n. 15. Paris: OECD; 2004.

CONILL, EM. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, GWS; MINAYO MCS; ANDRADE, LOM; AKERMAN, M; DRUMOND JR, M; CARVALHO YM (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz 2006: 563-614.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/98**. São Paulo: Cremesp e Idec, 2007. 207 p.

CORDEIRO, HA; CONILL, EM; SANTOS, IS; BRESSAN, AI. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, NR; AMARANTE, PDC (Org.). **Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Cebes, 2010.

COUFFINHAL, A. **Concurrence en assurance santé:** entre efficacité et sélection (Competition in health insurance: between efficiency and selection). [Dissertation]. Paris, Université Paris IX-Dauphine; 1999.

CRIVELLI, L; FILIPPINI, M; MOSCA, I. Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. **Health Economics**. 2006; 15(5): 535-541.

CUTLER, DM. **Health Care and the Public Sector**. Working Paper n. 8802. NBER: February 2002.

DEBER, RB. **Delivering health care services**: public, not-for-profit, or private?. Discussion Paper nº. 17. Commission on the Future of Health Care in Canada: 2002. 63 p.

DEPPE, HU. **The present situation and perspective of universal systems of health**. Texto apresentado ao 11o Congresso Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO. Mimeo. Rio de Janeiro: 2006.

DINIZ, BPC; SERVO, LMS; PIOLA, SF; EIRADO, M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: **Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas.** FG Silveira, Servo LM, Menezes T, Piola SF (org.) vol. 2. Brasília: Ipea, 2006.

ESPING-ANDERSEN, G. **Social Foundations of Postindustrial Economies**. New York, Oxford: 1999.

_________. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Rev Lua Nova** 1995, 35: 73-111.

EUROPEAN COMISSION. **Council Directive** 92/49/EEC de 18 de junho de 1992, on coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance (Third non-life Directive). OJ L 228 11/8/1992): 1-23.

EVANS, R. Financing Health Care: Taxation and Alternatives. In: Mossialos et al. **Funding health care**: options for Europe. Open University Press. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series: 2002. http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_21 (Acessado em 12 de abril de 2007).

FREEMAN, R; MORAN, M. A saúde na Europa. In: Negri B e Viana ALd'Ávila (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio.** São Paulo, Sobravime; Cealag 64-45 :2002.

FUSTÉ, J; SÉCULI, E; BRUGULAT, P; MEDINA, A; JUNCÀ, S. Población con cobertura pública odoble cobertura de aseguramiento sanitario: cuál es la diferencia? **Gac Sanit** 2005, 19 (1): 15-21.

GERSCHMAN, S et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. **Rev. C S Coletiva** 2007; 12(2): 487-500.

GIOVANELLA, L. **Solidariedade ou Competição?** Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2001.

GOLDMAN, D. ROMLEY, JA. **Hospitals as hotels:** the role of patient amenities in hospital demand. NBER Working Paper nº. 14619. National Bureau of Economic Research. Cambridge: 2008.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VÁLCARCEL, BG; PÉREZ, PB. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Documento de Trabajo n.º 90. Espanha: Laboratorio de Alternativas; 2006.

GONZÁLEZ, P. On a policy of transferring public patients to private practice. **Health Economics** 2005; 14: 513-527.

HANSON, K; BERMAN, P. **Private health care provision in developing countries:** a preliminary analysis of levels and composition. Data for Decision Making Project. Harvard School of Public Health. Boston: Massachussetts. 1995.

HOKKO, S; HAVA, P; ORTUN, V; LEPPO, K. The role of State in Health Care Reform. In: Saltman RB; Figueras J, Sakellarides C (ed.) **Critical Challenges for Health Care Reform in Europe.** Open University Press 1998: 289:307.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE 1998.

_________. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE 2003.

_________. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE 2008.

_________. **Economia da Saúde:** uma perspectiva macroeconômica 2000-2005. Estudos e Pesquisas-Informação Econômica n. 9. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_________. **Conta-satélite de saúde:** Brasil 2005-2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.102p.

________. **Conta-satélite de saúde:** Brasil 2007-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.109p.

________. **Estatísticas da saúde:** assistência médico-sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 167p.

________. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE 2011.

JONES, AM; KOOLMAN, X; VAN DOORSLAER, E. **The impact of supplementary private insurance on the use of specialists in selected European countries.** 2005. Disponível no endereço eletrônico http://www2.eur.nl/bmg/ecuity/ecuityiiiwp.htm em 4 de outubro de 2006.

JORNAL O GLOBO, dia 06 de julho de 2011. "IR: plano de saúde de doméstica terá dedução" (Capa) e "Câmara aprova dedução com plano de saúde para domésticos até 2010" (caderno Economia, p. 27).

KAHN, MA. **Achieving the millennium development goals:** the public/private *mix*. (Draft). UNDESA. 2005. 12 p.

MACKINTOSH, M; KOIVUSALO, M. Health systems and commercialization. In search of good sense. In: MACKINTOSH, M; KOIVUSALO, M (ed.). **Commercialization of health care:** global and local dynamics and policy responses. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005. 344 p.

MARMOR, TR. Comparing global health systems: lessons and caveats. In: WIENERS, WW. (Ed.). **Global health care markets:** a comprehensive guide to regions, trends, and opportunities shaping the international health arena. San Franscisco: Jossey-Bass, p. 7-23, 2001.

MAYNARD, A. Enduring problems in healthcare delivery. In: MAYNARD, A (Ed.). **The public-private mix for Health.** Chapter 14. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 293-309.

________. (Ed.). **The public-private mix for Health.** Chapter 14. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 293-309.

________. Common challenges in healthcare markets. In: MAYNARD, A (Ed.). **The public-private mix for Health**. Chapter 13. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 279-292.

MEDICI, AC. **O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil:** dimensão, estrutura e funcionamento. Relatórios Técnicos nº. 02. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1990.

MENEZES, T; CAMPOLINA, B; SILVEIRA, FG; SERVO, LM; PIOLA, SF. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002-2003. In: **Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas.** SILVEIRA, FG; SERVO, LM; MENEZES, T; PIOLA, SF (org.) vol. 1. Brasília: Ipea, 2006.

MENICUCCI, TMG. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:** atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MOSSIALOS, E; THOMPSON, SMS. **Voluntary Health Insurance in Europe Union.** Copenhagen, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies: 2004.

NOGUEIRA, RP. O desenvolvimento federativo do SUS e as novsa modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: Santos NR e Amarante PDC (Org.). **Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Cebes, 2010.

NORONHA, JC; SANTOS, IS; PEREIRA, TR. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: Santos NR e Amarante PDC (Org.). **Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Cebes, 2010.

OCKÉ-REIS, CO. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trab. Educ. Saúde** 2008, 6 (3): 613-622.

__________. A política de saúde, sem trocadilho, é vital. **Valor Econômico**, 23 de janeiro de 2011.

__________. Santos, FP. **Mensuração dos gastos tributários em saúde** — 2003-2006. Texto para Discussão, n°. 1637. Rio de Janeiro: IPEA, Jul. 2011.

__________. **Mensuração dos Gastos Tributários:** o caso dos planos de saúde — 2003-2011. Nota Técnica IPEA n.º 5. Rio de Janeiro, maio de 2013.

OECD (2004). Private Health Insurance in OECD Countries. **The OECD Health Project.** http://www.oecd.org/document/10/0,2340,en_2649_37407_33913226_1_1_1_37407,00.html (Acesso em: 13 de dez. de 2005).

OECD (2010). **Health at a glance 2009.** Paris, OECD, 2010.

OLIVEIRA, CMF. **Utilização dos Serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde [dissertação].** Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz; 2009.

PAIM, J; TRAVASSOS, CM; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro:** história, avanços e desafios. **The Lancet** 2011, maio, Saúde no Brasil: 11-31.

PEREIRA, J. Mimeo. **Apresentação no Congresso Internacional de Economia da Saúde.** Buenos Aires, novembro de 2006.

PESSOTO, UC; JEIMANN, LS; BOARETTO, RC; CASTRO, IEN; KAYANO, J; IBANHES, LC; JUNQUEIRA, V; ROCHA, JL; BOARBOZA, R; CORTIZO, CT; MARTINS, LC; LUIZ, OC. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na região metopolitana de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva** 2007, 12(2): 351-362.

POLANYI, K. **A grande transformação:** as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Campos, 2000.

PORTO, SM; SANTOS, IS; UGÁ, MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciência e Saúde Coletiva** 2006; 11(4): 895-910.

PREKER, AS; HARDING, A. **The Economics of Public and Private roles in Health Care:** insights from institutional economics and organizational theory. The World Bank 2000, Working Paper n. 21875. http://www.wds-worldbank.org (Acessado em 4 de outubro de 2006).

RAJASULOCHANA, S; DASH, U. **The Economics behind public-private partnerships (PPPs) in health sector.** 2009. http://www.cehat.org/go/uploads/PPP/rajasulochanapaper.pdf (Acessado em 11 de maio de 2011).

RIBEIRO, JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2009; 14(3): 771-782.

RODRÍGUEZ, M. Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad. In: Puig-Junoy J, organizador. **La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria.** Informes FRC 1. Barcelona: Fundació Rafael Campalans; 2008.

RODRIGUES, PH. **Apocalipse não: o Estado de Bem-Estar Social sobrevive à onda neoliberal.** Tese de doutoramento. Rio de Janeiro, IMS/UERJ 2003.

RODRIGUES, PH; SANTOS, IS. **Saúde e Cidadania:** uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo, Editora Atheneu: 2008.

SALTMAN, RB. Melting public-private boundaries in European health systems. **European Journal of Public Health 2003**, 13: 24-29.

SANTOS, IS. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro:** elementos para a regulação da cobertura duplicada [Tese]. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz; 2009.

__________. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Rev C S Col** 2011; 16(6): 2734-2752.

SANTOS, IS; UGÁ, MAD; PORTO, SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 2008, 13(5): 1431-1440.

SANTOS, NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva** 2007; 12(2): 429-436.

__________. Políticas públicas e cidadãs: busca de rumos. Contribuição para posicionamento com os novos Governos: Federal e Estaduais. **Ciência e Saúde Coletiva**, no prelo.

SASSON, D; SILVEIRA, DP; SANTOS, IS; MACHADO, JP; SOUZA, SMM; MENDES, S. Diferenças no perfil de mortalidade da população brasileira e da população beneficiária de planos de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006:** uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

SILVA, HP; VIANNA, ALA. O financiamento do SUS no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização. In: IBAÑEZ, N; ELIAS, PE; SEIXAS, PH. **Política e gestão pública em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2011.

SMITH, RD. Foreign direct investment and trade in health services: a review of the literature. **Social Science & Medicine**. 2004; 59(11): 2313-2323.

STIGLITZ, JE. Replanteamiento del papel econômico del estado: bienes privados suministrados publicamente. In: Colección els llibres dels Fulls Económics 10. LÓPEZ CASASNOVAS, G. **Col lecció 1 Economia de la Salut.** Generalitat de Catalunya, Barcelona, Department de la Sanitat i Seguretat Social, 1994: 19-47.

THOMPSON, SMS; MOSSIALOS, E. **Regulating private health insurance in the European Union:** the implications of single market legislation and competition policy. Working Paper n. 4. LSE Health, London: November 2006. British Library Cataloguing in Publication Data.

THOMPSON, SMS; MOSSIALOS, E. Internal market rules and regulation of private health insurance: threat or opportunity? **Euro Observer. European Observatory on Health System**, volume 10, n. 3: Autumm 2008

TUOHY, CH; FLOOD, CM; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD Nations. **Journal of Health Politics, Policy and Law 2004,** 29(3): 359-396.

UGÁ, MAD. **Propostas de Reforma do Setor Saúde nos marcos do Ajuste Macroeconômico.** Tese de Doutoramento. Rio de Janeiro, IMS/UERJ agosto de 1997.

UGÁ, MAD; MARQUES, RM. O Financiamento do SUS: Trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima, NT; Gershman, S; Edler, FC (Org.). **Saúde e Democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2005: 93-233.

UGÁ, MAD; SANTOS, IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad Saúde Pública** 2006; 22(8): 1597-1610.

VAN DOORSLAER, E; KOOLMAN, X; PUFFER, F. **Equity in the use of physician visits in OECD countries:** has equal treatment for equal need been achieved? In: Measuring up: improving health systems performance in OECD countries. OCDE, Paris, 2002: 225-248.

VERA-HERNÁNDEZ, A. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. **Health Economics** 1999; 8: 579-598.

VIANNA, SM (COORD); NUNES, A; GÓES, G; SILVA, JR; SANTOS, RJM. **Atenção de alta complexidade no SUS:** desigualdades no acesso e financiamento. Volume I. Projeto Economia da Saúde. Brasília: IPEA/MS, 2005.

VICTORA, CG; BARRETO, M; LEAL, MC; MONTEIRO, CA; SCHMIDT, MI; PAIM, J; BASTOS, FI; ALMEIDA, C; BAHIA, L; TRAVASSOS, CM; REICHENHEIM, M; BARROS, FC; THE LANCET BRAZIL SERIES WORKING GROUP. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet** 2011, maio, Saúde no Brasil: 90-102.

WAGSTAFF, A et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. **Journal of Health Economics** 1999, 18(3): 263-290.

WASEM, J; GREB, S; OKMA, KGH. "The role of PHI in social health insurance countries". In: **Social health insurance systems in western Europe.** Saltman RB, Busse R, Figuera J (Ed.). England Open University Press, 2004: 227-247.

WILLIAMS, A. The pervasive role of ideology in the optimisation of the public-private *mix* in public healthcare systems. In: MAYNARD, A (Ed.). **The public-private mix for Health.** Chapter 2. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 7-19.

WILLIAMSON O. Transaction costs economics: the governance of contractual relations. **J Law and Econ** 1979, 22(2):233-261.

Sistemas de Alocação de Recursos a Prestadores de Serviços a Saúde

SISTEMAS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS A PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Maria Alicia Domínguez Ugá
Sheyla Maria Lemos Lima

1 | INTRODUÇÃO

Já nos anos setenta apontavam Wennberg e Gittelsohn (1973) que "o volume e custos dos tratamentos hospitalares em uma dada comunidade têm mais relação com o número de médicos que lá atuam, suas especialidades médicas e os procedimentos que eles preferem do que com a saúde da população"[1]. Embora eles estivessem, naquele momento, referindo-se à realidade estadunidense, provavelmente em qualquer sociedade capitalista, ainda hoje, essa afirmação poderia ser reiterada.

Nesse contexto e, particularmente, no âmbito das reformas dos sistemas de saúde dos anos noventa, movidas fundamentalmente por critérios de ajuste macroeconômico (UGÁ, 1997), os sistemas de alocação de recursos (ou "modos de pagamento", como denominado na literatura internacional) a hospitais e prestadores de serviços ambulatoriais passam a ser vistos como um instrumento de contenção da expansão exponencial dos gastos em saúde, tanto pelos sistemas públicos como por sistemas privados que gerem redes de serviços, no modelo de atenção gerenciada (*managed care*).

Para além dessa questão, a necessária capacidade de condução do sistema de saúde a partir de redes integradas de serviços requer instrumentos de regulação dos prestadores de serviços de saúde, tais como modelos de contratualização entre o gestor público e prestadores e, também, novos sistemas de remuneração aos prestadores de serviços que superem o mero pagamento por serviços previamente prestados.

Ainda, está cada vez mais presente nos debates sobre a gestão de sistemas de saúde a necessidade de qualificar o gasto em saúde, mediante o uso da avaliação econômica para a incorporação de tecnologias: antes de incorporar novas tecnologias médicas é necessário conhecer a relação entre o seu custo adicional em relação às

---

1 Tradução livre

tecnologias que lhe antecedem e a efetividade adicional que elas trazem. Segundo o BMJ Clinical Evidence Handbook (BMJ, 2007 apud MAYNARD, 2008), a efetividade de mais da metade da produção de procedimentos médico assistenciais carece de comprovação. Ainda, como afirma Maynard (2008), a incerteza que prevalece em relação à efetividade de grande parte dos procedimentos introduz uma importante variação na prática clínica, de forma que, nas palavras desse autor, "na maior parte dos sistemas de saúde há evidência de que intervenções provadamente custo-efetivas não são realizadas nos pacientes e, o que é mais grave, intervenções inadequadas são feitas nos pacientes sem nenhum benefício e com possível dano"[2]. Nesse contexto e no sentido de dotar de maior racionalidade técnica a prática médico-assistencial, as formas de contratualização e de alocação de recursos a prestadores hospitalares e ambulatoriais também têm um papel a cumprir, de forma a induzi-los a adotar práticas e tecnologias mais custo-efetivas e seguras para os pacientes.

2 | AS FORMAS TRADICIONAIS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS AOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

Esta temática é abordada na literatura internacional sob a denominação de "modos de pagamento" ou "formas de remuneração de serviços médico-assistenciais". Entretanto, como se tentará demonstrar a seguir, nem todas as formas correspondem a um pagamento ou remuneração por serviços previamente prestados. Desse modo, optamos aqui por denominá-las de formas de alocação de recursos a prestadores de serviços médico-assistenciais, hospitalares e/ou ambulatoriais.

Como apresentado em Ugá (1994), os métodos de alocação de recursos a prestadores de serviços hospitalares ou ambulatoriais podem ser classificados a partir do momento em que se dão essas transferências financeiras: se *antes* da efetiva produção de serviços (alocação *ex-ante*) ou se *depois* e em função do volume e tipo da produção apresentada por cada prestador (alocação *ex-post*).

No primeiro grupo (alocação *ex-ante*), encontram-se o orçamento global e a alocação de recursos por capitação (ou *per capita*); no segundo (alocação *ex-post*), estão os sistemas que se constituem, estes sim, na remuneração por serviços previamente prestados, como é o caso do pagamento por ato médico, do pagamento por diária hospitalar e do pagamento prospectivo por procedimento. Esses cinco métodos são apresentados sucintamente a seguir.

2 Tradução livre

2.1 | Sistemas de Alocação de Recursos *Ex-Ante*

2.1.1 | A alocação de recursos por orçamento global

O sistema de alocação de recursos por orçamento global consiste em repasses periódicos de um montante anual de recursos definido através de programação orçamentária elaborada pela unidade de saúde para o período correspondente e negociada com o órgão financiador.

Trata-se de um sistema no qual, embora o montante de recursos esteja formalmente calculado em base à produção prevista para o período em questão (geralmente um ano), as transferências de recursos não estão vinculadas à efetiva produção de serviços. Assim, se por um lado ele possibilita ao órgão financiador uma previsão dos seus gastos e à unidade de saúde uma previsibilidade de suas receitas (desde que não haja o contingenciamento dos recursos e, portanto, atraso na liberação dos mesmos, como tem ocorrido no Brasil com frequência, principalmente a partir de meados dos anos noventa, anos do ajuste macroeconômico), este método de alocação de recursos não traz em si — e em sua forma clássica- nenhum incentivo ao bom desempenho do prestador de serviços, nem em termos quantitativos, nem qualitativos.

2.1.2 | A alocação de recursos por capitação

Esta forma de alocação pressupõe a existência de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, no qual a cada unidade prestadora de serviços esteja vinculada uma população adscrita, previamente definida. Assim, a cada prestador corresponde um montante de recursos (periódico — geralmente anual) que equivale ao número de indivíduos a ele adscritos multiplicado por um valor *per capita*. Este valor unitário é frequentemente ajustado por risco, tomando-se em conta, pelo menos, o sexo e a idade da população adscrita.

O sistema em questão é utilizado há décadas para a alocação de recursos aos médicos generalistas (*general practitioners* — GPs) que atuam como porta de entrada no Sistema Nacional de Saúde Inglês e foi, na reforma dos anos noventa, estendido para os gestores do sistema em nível microrregional, isto é, os GP-*funholders* (gestores de recursos públicos) e as autoridades sanitárias locais.

Na ausência de um sistema de avaliação e controle sistemático, este método de alocação de recursos pode levar à subprodução de serviços, tendo em vista que o valor recebido pelo prestador independe da produção, sendo atrelado ao número de pessoas adscritas — e não ao número de pacientes tratados. Nesse sentido, nas reformas dos noventa introduziu-se no Reino Unido a concorrência dos GPs por clientela, desvinculando-se a adscrição ao local de moradia da população. Entretanto,

da mesma forma que o orçamento global, apresenta a virtude da previsibilidade do gasto do órgão financiador e da receita do prestador.

2.2 | Sistemas de Alocação de recursos *Ex-Post*

Estes constituem modalidades de pagamento por serviços previamente prestados. O valor a ser pago pode ser calculado *a priori* (prospectivamente) ou *a posteriori*, como é o caso do pagamento itemizado e do pagamento por diária hospitalar, apresentados a seguir.

2.2.1 | O pagamento por ato médico (ou itemizado)

Este método vincula o pagamento a serviços previamente efetuados — mais especificamente, ao tratamento de cada paciente — e consiste na remuneração discriminada de cada item que compõe o procedimento efetuado (materiais e medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares e serviços intermediários, tais como exames, dentre outros).

Assim, o valor mensal correspondente a cada prestador equivale ao somatório dos serviços intermediários e finais prestados a cada paciente, multiplicados por seus respectivos valores. Por sua vez, estes últimos são, em alguns casos, negociados previamente entre o órgão financiador e os prestadores e, em outros — menos frequentes, definidos *a posteriori* a partir dos custos observados (aos quais se adiciona, no caso do setor privado, sua margem de lucro).

Como apontado em Ugá (op.cit.), é evidente que este sistema estimula a sobreutilização de serviços intermediários, principalmente os que proporcionam *markups* mais elevados e, portanto afeta negativamente a qualidade da atenção médico-assistencial, seja porque pode gerar episódios iatrogênicos, seja por submeter o paciente a desconfortos evitáveis e indesejáveis. Além disso — e em função desse fenômeno- tende a gerar um aumento desnecessário no custo da assistência médica.

2.2.2 | O pagamento por diária hospitalar

Trata-se evidentemente de um método que remunera exclusivamente as internações hospitalares, não aplicável aos serviços ambulatoriais. Através dele, o valor correspondente periodicamente a cada hospital equivale ao número de diárias (ou seja, ao somatório do tempo de permanência dos pacientes internados no período em questão) multiplicado por um valor unitário atribuído a cada diária.

O valor da diária é definido a partir do seu custo médico, incluindo ou não os honorários médicos. Em grande parte dos países que adotam este sistema de pagamento, tendo em vista as enormes disparidades de custo de cada tipo de internação (que não só depende do tempo de permanência, mas também dos insumos utilizados, tais como exames complementares e medicamentos usados no período da internação), são definidos valores diferenciados segundo a complexidade do hospital e a clínica (médica, cirúrgica, UTI, etc.).

Vale observar, entretanto, que através deste mecanismo de remuneração os hospitais não são remunerados pelo custo efetivo de cada paciente tratado, o qual pode levar à segregação de alguns pacientes, segundo seja seu quadro nosológico.

Por outro lado, tendo em vista que o hospital recebe por diárias, este método induz ao prolongamento desnecessário do tempo de permanência, tendo em vista que o custo da internação de cada paciente tende a ser decrescente com o tempo, pois a maior parte dos exames complementares de diagnóstico e o ato cirúrgico são geralmente efetuados no início da internação. Em função disso, em alguns países são estipulados valores da diária que decrescem com o tempo de permanência.

De todas as formas, é um método de pagamento altamente insatisfatório pelos motivos acima apontados e, atualmente, na maior parte dos países que o adotavam na sua forma pura (França e Alemanha, dentre outros), esta forma de remuneração foi associada a outras, constituindo sistemas mistos, discutido em outra seção deste livro.

2.2.3 | O sistema de pagamento prospectivo por procedimento

Através deste sistema, o prestador de serviços de saúde é remunerado por episódio de tratamento — no caso do hospital, por internação — com valores diferenciados segundo o diagnóstico do paciente. Trata-se de um método prospectivo (e não retrospectivo), porque os valores atribuídos a cada internação são definidos previamente, embora variem segundo o diagnóstico. Assim, o sistema estabelece, na realidade, uma série de preços pré-fixados das internações, por tipo (isto é, o diagnóstico) do paciente. Estes preços independem, portanto, do custo efetivo de cada paciente tratado no episódio de sua internação.

Vale notar que, para ser administrável, tendo em vista a infinidade de diagnósticos (diagnóstico principal e secundário, comorbidades) e de características do paciente (idade), este método de pagamento requer indispensavelmente um *sistema de classificação dos pacientes, em grupos homogêneos* — fundamentalmente do ponto de vista do custo. Nesse sentido, o primeiro país que adotou o sistema de pagamento prospectivo por procedimento[3], isto é, os EUA, o fez depois de contar com um sistema de classificação dos pacientes bastante robusto, que estabeleceu os *Diagnostic Related*

---

3 ProspectivePayment System (PPS). Ver a esse respeito: https://www.cms.gov/HomeHealthPPS/

Groups — DRGs (Grupos Relacionados ao Diagnóstico)[4]. Este sistema de classificação tem por objetivo subsidiar não só a gestão econômica (interessada no custo das internações), mas também a gestão clínica (interessada no perfil clínico dos casos tratados) e, nesse sentido, constituiu grupos que se pretenderam homogêneos do ponto de vista do custo, definidos da seguinte forma (UGÁ, op.cit.):

- em primeiro lugar, as altas hospitalares são classificadas a partir do diagnóstico principal em grupos de Principais Categorias Diagnósticas (baseados no sistema orgânico afetado e/ou na especialidade médica responsável pelo tratamento);
- a seguir, as altas relativas a tratamentos clínicos (não cirúrgicos) são subdivididas em categorias baseadas no seu diagnóstico principal, enquanto os casos cirúrgicos são agrupados segundo os procedimentos efetuados;
- em um terceiro momento, esses grupos são reagrupados segundo a intensidade de utilização de recursos e, portanto, o seu custo;
- finalmente, a classificação definitiva das altas hospitalares se dá através da constituição de subgrupos clínicos ou cirúrgicos, configurados a partir de outras características do paciente (idade, diagnóstico secundário, comorbidades e complicações, dentre outras) que afetam o tempo de permanência do paciente no hospital e, portanto, o seu custo.

O sistema de pagamento prospectivo por procedimento requer, além de um método de classificação dos pacientes adequado ao custo dos tratamentos neles efetuados, um sistema de definição dos preços unitários das altas que leve em conta características do hospital que também afetam seus custos (principalmente, seus custos fixos), tais como seu nível de complexidade e o fato de ser ou não um hospital de ensino, dentre outros.

Nesse sentido, nos EUA o sistema de pagamento prospectivo se dá da seguinte forma:

- a cada grupo de DRG corresponde um determinado número de pontos, P(i);
- a cada hospital corresponde uma tarifa unitária, T(h);

4 Existem vários outros métodos de classificação dos pacientes; mencionamos apenas o dos DRGs pois ele é o adotado até hoje pelo programa MEDICARE para o pagamento das internações efetuadas por hospitais da rede contratada.

- o valor pago por cada internação é igual a P(i) x T(h), isto é, ao produto do número de pontos do DRG correspondente multiplicado pela tarifa unitária do hospital.

Além disso, estão previstos pagamentos diferenciados para pacientes *outliers*, que fogem do padrão estabelecido nos DRGs.

Apesar desses cuidados, no sentido de estabelecer preços que levem em conta as diferenças dos *pacientes* (expressas em sua classificação nos DRGs) e as diferenças dos custos fixos dos *hospitais*, segundo seu tipo (expressas na definição das tarifas unitárias diferenciadas), inúmeros problemas foram detectados nos EUA, relatados por Ugá (1996).

Nesse país, a experiência mostrou que, tendo em vista que o sistema remunera os hospitais segundo valores pré-fixados, que independem do custo efetivo de cada internação, o sistema tem levado à redução dos insumos e serviços intermediários utilizados em cada internação (necessários ou não), ou seja, à alteração de suas funções de produção com o intuito de diminuírem o custo das internações (GAY et al, 1989). Também foi observado o aumento das reinternações, o qual sugere que altas precoces foram dadas, com o intuito de reduzir custos e/ou gerar novas internações a serem remuneradas (CHULIS, 1991; FEINGLASS & HOLLOWAY, 1991; HORNBROOK & BERKI, 1985). Outro fenômeno apontado por vários autores, dentre os quais Carter et al (1990), foi o da atribuição, aos pacientes internados, de DRGs que não correspondiam exatamente ao seu perfil, e sim a grupos de mais alta pontuação, no fenômeno denominado de DRG *creep*. Finalmente, de acordo com Guterman e Dobson (1986), pode-se supor que o método de pagamento prospectivo por procedimento leve a uma mudança das prioridades dos prestadores, na qual se subordine a preocupação com a qualidade a objetivos meramente financeiros.

De todas as formas, este método vem sendo progressivamente incorporado em vários sistemas de saúde (Portugal, Espanha, dentre outros), porque se espera dele a indução à contenção dos custos unitários das internações hospitalares e, assim, a redução do gasto em saúde. Da mesma forma, os sistemas de classificação de pacientes (dentre os quais o dos DRGs) vêm sendo há muitos anos adotados em países como Irlanda para a construção do orçamento dos hospitais a partir do *case-mix*[5] desses prestadores.

2.2.4 | Considerações adicionais

Evidentemente, nenhum modelo tradicional de alocação ou pagamento consegue conciliar a previsibilidade de receitas e despesas e a desvinculação do paciente

5 O case-mix corresponde ao perfil da produção do hospital, segundo grupos de classificação de pacientes e sua respectiva frequência na produção hospitalar.

de algum preço (como é o caso dos sistemas de alocação de recursos por orçamento global e por capitação) com o estímulo a um melhor desempenho do prestador de serviços de saúde, tanto em termos quantitativos (como o faz o pagamento prospectivo por procedimento) como qualitativos (aspecto não alcançado por nenhum dos métodos tradicionais de alocação de recursos).

Na busca por melhores alternativas, alguns países vêm incorporando soluções distintas, seja através de sistemas mistos, seja através do pagamento por desempenho (*payment for performance*), seja através de outras propostas. Esse é o objeto da seção que segue.

3 | SISTEMAS ALTERNATIVOS ENCONTRADOS NA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Os países da OCDE têm-se debruçado nos últimos anos fundamentalmente sobre sistemas para alocação de recursos a hospitais, tendo em vista que o gasto hospitalar consumiu em 2008, em média, um terço do gasto em saúde nos países da OCDE e, em alguns países europeus, chega a representar nada menos que 70% desse gasto (CYLUS & IRWIN, 2010). Entretanto, abaixo são apresentadas experiências que se referem, em alguns casos, à alocação de recursos para a atenção primária.

3.1 | Sistemas Mistos

Alguns países, tais como Espanha, Portugal, França, Alemanha, Holanda e Suíça, dentre outros, adotaram no final dos anos noventa ou início da atual década sistemas mistos de alocação de recursos aos prestadores de serviços de saúde.

Assim, enquanto os três últimos associaram o orçamento global ao pagamento por diária hospitalar, Portugal e algumas províncias espanholas adotaram sistemas compostos por orçamento global e pagamento prospectivo por DRG.

Na França, por exemplo, os hospitais públicos foram nos anos noventa financiados mediante orçamento global, acrescido de um pagamento por diária, do qual 20% incide sobre o paciente (em função disso, existe um mercado de seguros especificamente em relação a este elevado copagamento). Note-se que o valor da diária varia segundo o serviço e o tipo de hospital. Atualmente, esse país adotou o pagamento prospectivo por procedimento.

Na Alemanha, aos hospitais públicos é atribuído um orçamento global negociado com o fundo financiador; entretanto, a alocação final de recursos é realizada através de pagamento por diária hospitalar.

Por sua vez, a Holanda atribui aos hospitais públicos um orçamento global que estabelece o montante total anual a ser recebido por cada hospital, em base ao tamanho da população a ser atendida, à capacidade instalada contratada (leitos segundo especialidades) e à produção contratada (número de internações, consultas e hospital-dia). Entretanto, assim como na Alemanha, a alocação efetiva de recursos é feita através de pagamento por diária hospitalar.

Algumas províncias espanholas — como Catalunha e Valencia- adotaram no final dos anos noventa um sistema misto para a alocação de recursos aos hospitais públicos. Um orçamento global estabelece o montante total anual a ser recebido por cada hospital, em base ao seu *case-mix*. Entretanto, a alocação de recursos se deu de forma composta: 65% dos recursos orçados são alocados de forma global, enquanto 35% dos mesmos são transferidos através de pagamento prospectivo por procedimento, adotando o sistema de classificação dos pacientes por DRG. Novas formas de alocação de recursos são adotadas na atualidade em algumas províncias espanholas e serão apresentadas abaixo.

Portugal foi o primeiro país a adotar a composição orçamento global e pagamento por DRG: mediante orçamento global é estabelecido o montante total anual a ser recebido por cada hospital, em base ao perfil de sua produção, isto é, seu *case-mix*. Mas a efetiva alocação de recursos é feita crescentemente (40% em 2001) através de pagamento prospectivo por procedimento (DRG). Atualmente, novas experiências estão sendo desenvolvidas e serão discutidas em outra seção deste documento.

Como evidenciado em Schreyogget al (2006), o método de atribuição de valores aos DRGs varia muito de um país a outro. Entretanto, pode-se sintetizar a situação da Europa no quadro abaixo, no qual se verifica que grande parte dos países utiliza sistemas mistos.

Quadro 01. Métodos de alocação de recursos a hospitais e gasto hospitalar em países europeus

Países	Gasto hospitalar como % gasto em saúde	Gasto hospitalar per capita (US$ PPP)	Sistema de alocação de recursos a hospitais
Áustria	38,8 %	1.393	PPP* + reembolso retrospectivo dos custos
Alemanha	29,4%	1.061	Orçamento global + PPP
Bélgica	31,2%	1.147	PPP + pagamento por ato + pagamento para medicamentos
Dinamarca	46,2%	1.567	Orçamento global + PPP
Espanha	39,8%	1.117	Orçamento por linha de cuidado
Eslováquia	26,7%	442	PPP
Eslovênia	41,6%		918

Quadro 01. Métodos de alocação de recursos a hospitais e gasto hospitalar em países europeus (cont.)

Países	Gasto hospitalar como % gasto em saúde	Gasto hospitalar per capita (US$ PPP)	Sistema de alocação de recursos a hospitais
Estônia	46,5%	563	PPP
Finlândia	35,3%	1.010	PPP
França	35,0%	1.259	PPP
Holanda	37,0%	1.378	Orçamento global + PPP
Hungria	33,1%	463	PPP
Islândia	40,6%	1.363	Orçamento global
Noruega	38,2%	1.613	Orçamento global + pagamento por ato
Polônia	34,5%	391	PPP
Portugal	37,5%	796	Orçamento global
Reino Unido	s/d	s/d	Orçamento global + PPP
República Tcheca	45,8%	796	Orçamento global + PPP + por ato
Suécia	46,9%	1.545	Orçamento global + PPP
Suíça	35,1	1.567	Orçamento global + PPP

(*) Pagamento Prospectivo por Procedimento (PPP) .
Fonte: Extraído de: Cylus& Irwin, Euro Observer, 2010.

3.2 | O Pagamento por Desempenho (*Payment for Performance*)

Este modelo de alocação de recursos se insere nas reformas dos sistemas de saúde que vêm sendo implementadas em vários países da OCDE desde o final dos anos noventa, com o intuito da redução dos custos globais do sistema de saúde e o aumento da eficiência dos prestadores, bem como da efetividade dos serviços de saúde.

Elas envolvem ações que incidem sobre a demanda de serviços de saúde e outras sobre a oferta dos mesmos, sob a égide do modelo do *gerencialismo*. Assim, por um lado, foram introduzidos mecanismos de gestão da demanda, tais como a introdução de médicos de porta de entrada ao sistema de saúde (*gatekeepers*) e de mecanismos de copagamento ou de coparticipação nos custos dos serviços. Por outro, foram desenvolvidas diversas formas de contratualização de serviços de saúde pelos gestores do sistema, às quais corresponderam modalidades de alocação de recursos segundo o desempenho do prestador, medido em termos do cumprimento de metas quantitativas e qualitativas. Mais recentemente, se destaca uma preocupação com a gestão da incorporação tecnológica e, assim, as metas -em alguns países- incluem a definição do tipo de tecnologia a ser adotada, em busca da obtenção de mais valor

através dos recursos aplicados, conceito esse mais difundido na literatura em inglês sob a denominação de *value for money* (DOCTEUR, 2004).

O pagamento por desempenho (*payment for performance*) não é, em si mesmo, um sistema de alocação de recursos (KAZANDJIAN, 2010); na realidade, ele ajusta o montante de recursos a ser alocado (através de algum método tradicional, em geral por orçamento global ou por capitação e, em alguns casos, o pagamento prospectivo por procedimento) ao prestador de serviços de saúde, segundo o seu desempenho, medido em termos de indicadores que podem ser de estrutura, de processo ou de resultados e, ainda, quantitativos ou qualitativos.

No Reino Unido, no contexto do gerencialismo, foram estabelecidos contratos que continham incentivos financeiros para a melhoria do desempenho no programa de imunizações e em atividades de promoção da saúde, dentre outras (CHRISTIANSON et al, 2007). Esse movimento se intensificou nos anos 2000, destinando-se recursos adicionais de um bilhão de libras ao NHS para o pagamento de incentivos ao aumento da qualidade (ROLAND, 2004).

Nesse programa, os clínicos gerais que atuam como porta de entrada no sistema — GPs — podiam receber uma remuneração adicional de até 42 mil libras por médico referente ao cumprimento de metas qualitativas. Esse novo modelo de contrato entre o Estado e os GPs, que contempla incentivos ao aumento da qualidade na atenção médica, associa nada menos que 25% da remuneração dos clínicos gerais ao seu desempenho. Este é medido através de 146 indicadores pertencentes aos seguintes domínios (Christianson et al, op.cit.):

- padrões clínicos relacionados ao cuidado de pacientes;
- padrões organizacionais referentes ao registro e à informação, comunicação com os pacientes, educação e treinamento, gestão dos medicamentos, gestão clínica;
- experiência do paciente, baseada em inquéritos e consultas;
- serviços adicionais (acompanhamento da saúde infantil, de serviços de pré-natal e contracepção, dentre outros).
- cuidado holístico, baseado no desempenho no domínio clínico.

Vale mencionar que, no Sistema Nacional de Saúde inglês, o sistema de pagamento por desempenho qualitativo (*pay for performance — P4P*) foi aplicado inicialmente aos gestores de microssistemas de saúde como os GPs e, a partir de 2004, aos então criados *Primary Care Trusts*. Ele foi aplicado, depois, também a hospitais; o orçamento destinado a cada um era ajustado segundo o cumprimento de metas de qualidade assistencial e este era aferido a partir de indicadores definidos no *Quality and*

Outcomes Framework. Estes indicadores dizem respeito, fundamentalmente, a processos utilizados no tratamento de alguns agravos (asma, diabetes, cardiopatia isquêmica, câncer, dentre outros)[6] definidos com a colaboração do *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*.

Este modelo vem sendo também aplicado em Portugal, também, para a alocação de recursos às Unidades de Saúde Familiar (USF), no âmbito da atenção primária (AFONSO, 2010). Nesse país, o desempenho é aferido a partir de indicadores de acesso e utilização de serviços, adequação do cuidado, qualidade percebida pelos pacientes e eficiência econômica, no contexto de contratualização dos serviços de atenção primária, mas ainda não há experiência acumulada que permita fazer uma avaliação do seu impacto sobre o desempenho do sistema de saúde.

Isso foi possível na Inglaterra, que acumula uma experiência mais longa do pagamento ajustado por desempenho. Assim, Campbell et al (2009) desenvolveram recentemente um estudo sobre os efeitos dessa forma de alocação de recursos sobre a qualidade da atenção primária nesse país. O trabalho compara os dois anos prévios à implementação do sistema com dois anos posteriores à mesma e mostra que os indicadores de qualidade referidos à atenção de pacientes com asma, diabetes e

---

6 Por exemplo, no que se refere à atenção a pacientes com cardiopatia isquêmica, foram definidos os seguintes indicadores de registro de pacientes, diagnóstico e tratamento:

Records
CHD 1. The practice can produce a register of patients with coronary heart disease
Diagnosis and initial management
CHD 2. The percentage of patients with newly diagnosed angina (diagnosed after 1 April 2003) who are referred for exercise testing and/or specialist assessment
Ongoing Management
CHD 3. The percentage of patients with coronary heart disease whose notes record smoking status in the past 15 months, except those who have never smoked where smoking status need be recorded only once since diagnosis
CHD 4. The percentage of patients with coronary heart disease who smoke, whose notes contain a record that smoking cessation advice or referral to a specialist service, where available, has been offered within the last 15 months
CHD 5. The percentage of patients with coronary heart disease whose notes have a record of blood pressure in the previous 15 months
CHD 6. The percentage of patients with coronary heart disease in whom the last blood pressure reading (measured in the last 15 months) is 150/90 or less
CHD 7. The percentage of patients with coronary heart disease whose notes have a record of total cholesterol in the previous 15 months
CHD 8. The percentage of patients with coronary heart disease whose last measured total cholesterol (measured in last 15 months) is 5 mmol/l or less
CHD 9. The percentage of patients with coronary heart disease with a record in the last 15 months that aspirin, an alternative anti-platelet therapy, or an anti-coagulant is being taken (unless a contraindication or side-effects are recorded)
CHD 10. The percentage of patients with coronary heart disease who are currently treated with a beta blocker (unless a contraindication or side-effects are recorded)
CHD 11. The percentage of patients with a history of myocardial infarction (diagnosed after 1 April 2003) who are currently treated with an ACE inhibitor or Angiotensin II antagonist
CHD 12. The percentage of patients with coronary heart disease who have a record of influenza immunisation in the preceding 1 September to 31 March
Ver a esse respeito: (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4088693.pdf)

cardiopatia isquêmica já haviam melhorado (no caso dos dois primeiros) em período prévio ao pagamento por desempenho e continuaram exibindo melhores resultados — embora com uma melhora mais lenta- após a implantação do P4P. Diferentemente, mostra o mesmo estudo que se observaram pioras nos indicadores de atenção à cardiopatia isquêmica. Peiró (2009) comenta o artigo, levantando a hipótese de que depois de um período de melhora nos indicadores, seja mais difícil manter o ritmo de crescimento desses resultados e/ou que o sistema de pagamento por desempenho não estimule a continuidade de melhorias uma vez alcançadas as metas mínimas estabelecidas pela autoridade sanitária.

Christianson et al. (2007) revisaram 36 artigos publicados sobre os impactos desses incentivos financeiros sobre a qualidade dos serviços prestados. Encontraram escassas avaliações de um impacto significativo e destacam a dificuldade de avaliar programas com desenhos muito distintos. Estimam, ainda, que a limitação do impacto desses incentivos financeiros é provavelmente devida, em alguns casos, ao fato de que um mesmo prestador possui distintos vínculos / contratos com órgãos financiadores diversos.

Outras limitações detectadas se referem à mensuração do desempenho: o número pequeno de pacientes portadores de determinados agravos (diabetes, p.ex.) tratado por cada médico; o fato de que os melhores médicos tratam, em geral, dos casos mais complexos (o que leva à necessidade de avaliar o desempenho ajustado por risco) e, enfim, a complexidade de um processo de avaliação de desempenho, o qual, por sua vez, introduz custos adicionais ao sistema.

No início dos anos noventa, também nos EUA algumas operadoras de planos de saúde (*Health Maintenance Organizations — HMO*) introduziram nos seus contratos com os prestadores incentivos pecuniários para que metas qualitativas fossem atingidas, adotando o sistema de *benchmarking*.

A experiência norte-americana de pagamento por desempenho qualitativo da atenção destinada a pacientes com infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e pneumonia foi avaliada por Grossbart (2006). Nesse estudo, foram comparados quatro hospitais de uma organização sem finalidade de lucro pagas por desempenho com outros seis da mesma organização (grupo controle) que não aderiram a essa forma de remuneração. O artigo mostra que o grupo de hospitais pagos por desempenho exibiu maiores *scores* de qualidade nas três áreas clínicas estudadas, bem como um indicador global de qualidade mais satisfatório. Assim, o grupo teste conseguiu um indicador de qualidade (89,7%) bastante superior ao do grupo controle (85,6%). Vale mencionar que os indicadores de qualidade utilizados dizem respeito aos processos adotados pelos prestadores.

Estes dois estudos, bem como outros trabalhos[7], evidenciam que existe algum impacto do sistema de pagamento por desempenho sobre a qualidade da atenção à saúde, porém menor do que o desejável. Um fator que talvez explique, pelo menos em parte, esses resultados refere-se ao fato de que, na maior parte dos países que experimentaram esse modelo de alocação de recursos, os indicadores de desempenho qualitativo a partir dos quais são avaliados os prestadores referem-se, na sua maior parte, a **processos** da prática médico-assistencial e não a **resultados** sobre a saúde da população.

Vale mencionar a esse respeito Maynard (op.cit.), ao afirmar que "o corolário da gestão do desempenho é a mensuração dos resultados sobre a saúde dos pacientes"[8]. Isso envolve, segundo o autor, não somente dados de mortalidade, mas também índices que retratam qualidade de vida dos pacientes antes e depois da assistência à sua saúde. Ainda, como afirma Ortún (2005 e 2009), é necessário introduzir medidas de resultado e de qualidade clínica para "reduzir a distância entre eficácia e efetividade nos serviços de saúde"[9].

3.3 | Do Volume ao Valor

A discussão internacional mais recente aponta para o fato de que a maior parte dos sistemas de alocação de recursos adotados na atualidade encoraja muito mais o aumento do volume dos serviços prestados do que o valor agregado desses serviços, em termos de ganhos no estado da saúde da população, como destacado no *NRHI Healthcare Payment Reform Summit* (2008).

Nesse encontro, salientou-se a necessidade de dotar de mais responsabilidade os prestadores de serviços de saúde no que concerne ao aumento da qualidade e controle dos custos, sem penalizá-los quando tratam de pacientes mais complicados. E identificaram a necessidade de alocar recursos diferenciadamente segundo se tratasse da atenção a **pessoas portadoras de condições crônicas** (majoritariamente prestada pelo primeiro nível de atenção, embora de forma não exclusiva) ou quando se tratasse de tratamentos efetuados em **casos agudos**. Note-se que pessoas portadoras de condições crônicas podem apresentar episódios agudos.

A atenção a episódios agudos deveria ser, segundo essa proposta, remunerada através do "pagamento por episódio de cuidado" (*episode-of-carepayment*) — que consiste no estabelecimento de um único preço ou valor por todos os serviços requeridos para o tratamento desses casos, tais como infarto agudo do miocárdio, por exemplo. Para isso, seria alocado por paciente tratado um único valor global que incluiria

7 Giuffridaet al (2000); Tannenbaum (2009).

8 Tradução livre.

9 Tradução livre.

a remuneração de todos os prestadores envolvidos no cuidado (SADT, honorários médicos, serviços hospitalares, etc.). Isso pressupõe a existência de uma entidade que receberia esse único pagamento e se responsabilizaria por remunerar todos os prestadores envolvidos, ou seja, requereria a existência de gestores de microssistemas constituídos por redes organizadas de prestadores de todos os níveis de atenção.

No que concerne à atenção primária destinada a pessoas portadoras de condições crônicas, propõe-se, diferentemente, a alocação de recursos por capitação, baseada em um valor *per capita* ajustado por risco, para que o prestador seja responsável por mantê-los em boas condições de saúde (e evitar internações), segundo os princípios da atenção centrada no paciente (*patient-centered medical home*).

A proposta ainda contempla o estímulo aos pacientes no sentido de utilizarem prestadores mais eficientes, ou seja, que prestem uma assistência de boa qualidade a um menor custo do que outros, o qual reforça a necessidade de constituir redes integradas de prestadores de serviços de saúde.

Nessa mesma direção se encontra a proposta da **alocação de recursos por caso (crônico) gerido, no contexto da gestão integrada da doença**. Na literatura portuguesa, esse modelo de alocação de recursos é denominado **"pagamento por preço compreensivo"** (ESCOVALET al, 2010) que, segundo esses autores, corresponde a um valor médio por paciente por um determinado período de tempo, que "engloba o conjunto de atos clínicos, medicamentos e outras atividades consideradas essenciais para uma adequada prestação de cuidados". Todavia, a efetivação da alocação de recursos depende, nessa proposta do cumprimento de parâmetros de qualidade e segurança do paciente, aferidos através de um conjunto de indicadores de resultados.

Esse modelo pressupõe a existência de um prestador responsável pela gestão da linha de cuidados requeridos por cada grupo de pacientes e, assim, responsável pelo pagamento a outros prestadores, situados em distintos níveis de atenção. No caso português, este modelo começa a ser experimentado através da instituição dos Centros de Elevada Diferenciação (CED), entendidos como unidades que desenvolvem competências clínicas e de investigação e estruturam o cuidado integral dos pacientes. O modelo requer, ainda, a estruturação de redes integradas de serviços, a serem geridas ou contratualizadas por esses centros.

3.4 | Apreciação Geral

Uma apreciação mais global da experiência internacional mostra as seguintes tendências:

- os métodos tradicionais de alocação de recursos foram substituídos por sistemas mistos ou complementados pelo ajuste por **desempenho**;

- a alocação de recursos ajustada por desempenho requer, para ser mais eficaz, a adoção de indicadores de desempenho que, para além de medirem processos assistenciais e de gestão (essencialmente à eficiência e qualidade), se refiram predominantemente a **resultados** sobre a saúde da população, ou seja à efetividade da atuação dos serviços de saúde;
- nesse sentido, percebe-se uma tendência a adotar sistemas de alocação de recursos destinados a centros de atenção primária **responsáveis pela saúde da população** de um dado território que, se necessário, contratarão serviços de outros níveis de atenção;
- em decorrência disso, concebe-se a **alocação de recursos por linhas de cuidado**, por gestão da doença ou, nos termos portugueses, por "preço compreensivo", destinada aos responsáveis por essa gestão do cuidado, geralmente em mãos da atenção primária;
- dessa forma, propugnam-se modalidades distintas de alocação de recursos para a atenção primária (em base à capitação, ajustada por risco, por desempenho ou por algum outro critério) e para os hospitais, a serem remunerados por orçamento global ajustado por desempenho (qualitativo e quantitativo) ou por pagamento prospectivo por procedimento, dependendo do país de que se trate.

4 | O CASO BRASILEIRO

4.1 | Métodos predominantes de alocação de recursos no setor público

No setor público brasileiro, usava-se até o início dos anos noventa predominantemente o orçamento global para a alocação de recursos por aos prestadores de serviços de saúde públicos. Ainda, até 1983, o antigo INAMPS[10] pagava a rede contratada de prestadores privados por ato médico (através das Guias de Internação Hospitalar, tão criticadas à época em função do superfaturamento que propiciaram através da apresentação de faturas que continham atos e procedimentos não necessariamente realizados). A partir desse ano, o INAMPS passou a adotar o sistema de pagamento prospectivo por procedimento para remunerar a rede privada por ele contratada.

---

10 Instituto Nacional de Assistência à Saúde da Previdência Social

Com o advento do SUS, extinguiu-se o INAMPS e o Ministério da Saúde passou a ser o contratante da rede privada de hospitais que atuam no sistema público brasileiro (e representam até hoje quase 60% dos leitos hospitalares ofertados pelo SUS), mantendo o sistema de pagamento prospectivo por procedimento, operacionalizado através das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH). Até 1991, o Ministério continuou alocando recursos aos hospitais públicos mediante orçamento global.

Uma grande mudança ocorre no início dos anos noventa, no Governo Collor de Melo, quando o sistema de pagamento prospectivo por procedimento passa a ser adotado pelo Ministério da Saúde também para as unidades públicas: os hospitais passaram a ser remunerados segundo o volume e tipo de sua produção através das mesmas AIHs e as unidades ambulatoriais passaram a receber recursos de acordo à produção por elas apresentada, classificada segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Vale notar que, embora o SIA-SUS tenha sido apresentado, à época, como um sistema similar ao da AIH, ele não o é, tendo em vista que a lista de serviços ambulatoriais que consta no SIA-SUS nada mais é do que um conjunto de atos médicos. Este sistema foi defendido por alguns autores que o viam como uma forma de garantir a informação sobre a produção hospitalar e ambulatorial, mas muito criticado por alguns autores, levando em conta diversos motivos[11].

---

11 Como já apontado em Ugá (1992), o sistema de pagamento prospectivo por procedimento adotado no Brasil contém, desde a sua concepção, inúmeros e sérios problemas apresentados a seguir. Vale lembrar que este sistema requer, por um lado, um sólido método de classificação dos pacientes que corresponda ao custo dos tratamentos neles efetuados e, por outro, um sistema de definição dos preços unitários que leve em conta, além do tipo de paciente tratado (e os custos variáveis deles decorrentes), certas características do hospital que também afetam seus custos fixos. O sistema concebido em 1981 e implementado em 1983 no Brasil apresenta importantes deficiências tanto no que se refere ao sistema de classificação dos pacientes como no método de cálculo dos valores correspondentes a cada grupo diagnóstico. Antes de ser implementado em nível nacional para pagamento ao setor privado através do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), ele passou por uma fase experimental, conhecida como Projeto Curitiba, em 1981, na qual foi aplicada uma tabela de valores (ou preços) elaborada da seguinte forma (UGÁ, 1994, op.cit.): constituiu-se uma primeira classificação dos procedimentos hospitalares, em 2300 grupos diagnósticos, com base em informações de mais de oito milhões de internações realizadas em 1980 no Brasil e pagas por ato médico (GIH) e, depois, para efeitos de maior facilidade operacional, essa lista foi reduzida de 2300 para 260 grupos. Esta nova lista de procedimentos, como relatam Chiyoshi e Moura (s/d), baseou-se fundamentalmente na experiência médica e administrativa de uma equipe de médicos que participaram ativamente da implantação e operação do sistema no estado do Paraná, dispensando-se a utilização de sofisticados recursos estatísticos e computacionais nos moldes do Sistema DRG. Dessa forma, não só partiu-se de uma base de informações distorcidas (os registros de pagamento por GIH que, pelo alto nível de fraudes que possibilitava, foi substituído pelo sistema de pagamento por AIH), como também esses precariamente construídos 2300 grupos diagnósticos foram reclassificados em 260, de uma forma muito pouco rigorosa. Por outro lado, no que se refere à definição de valores a serem atribuídos a cada grupo diagnóstico, o sistema também apresenta fragilidades, pois o preço a ser pago por AIH era constituído de 4 componentes — Diárias e taxas; Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia; Materiais e Medicamentos; Serviços Profissionais — que, durante alguns anos da vigência da AIH, tiveram seus reajustes definidos de forma distinta, conforme o poder de pressão do setor que os negociava com o INAMPS: os dois primeiros componentes eram reajustados segundo critérios do INAMPS, enquanto o de Materiais e Medicamentos era negociado com a poderosa ABIFARMA e o de Serviços Profissionais guardava proporcionalidade com o Coeficiente de Honorários da Associação Médica Brasileira. Desse modo, com o passar do tempo, procedimentos cuja AIH tivesse como componente mais importante o de Materiais e Medicamentos, por exemplo, tenderiam a sofrer reajustes mais expressivos do que outros procedimentos, nos quais as Diárias e Taxas e Serviços Auxiliares de Diagnóstico

A partir da NOB-96 e, principalmente, da instituição do Pacto pela Saúde, são as Secretarias Estaduais e Municipais que passaram progressivamente a alocar recursos aos prestadores de sua jurisdição. Nesse momento, passam a coexistir no Brasil distintas modalidades de alocação de recursos aos prestadores hospitalares e ambulatoriais, que variam segundo a realidade estadual ou municipal. Algumas dessas modalidades serão apresentadas a seguir. Entendemos, no entanto, que o elenco de alternativas abordado não contempla todas as realidades existentes no conjunto de mais de cinco mil municípios brasileiros.

As principais formas de alocação de recursos pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS em vigor atualmente são as seguintes:

- **Hospitais próprios do Ministério da Saúde (MS):** a alocação de recursos aos hospitais próprios do MS se dá através de um orçamento global e têm autonomia para realizar compras de materiais e de serviços. Ainda assim, eles são obrigados a alimentar o Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIH-SUS e SIA-SUS);

- **Hospitais de ensino próprios de instituição federal ou estadual de ensino superior:** a situação varia segundo eles estejam ou não inseridos **na política de contratualização do MS:** os contratualizados são remunerados através de um sistema misto de alocação de recursos, que será apresentado abaixo; os não contratualizados recebem recursos do SUS através do método de pagamento por procedimento, mediante o sistema SIH-SUS e SIA-SUS.

- **Hospitais de pequeno porte** (até 30 leitos): a situação varia segundo eles estejam ou não inseridos na **política de contratualização do MS:** os contratualizados são remunerados através de orçamento global ajustado por desempenho, que será apresentado abaixo; os não contratualizados recebem recursos do SUS através do método de pagamento por procedimento, mediante o sistema SIH-SUS e SIA-SUS.

---

e Terapia (definidos exclusivamente pelo INAMPS) fossem os predominantes no cálculo do valor da AIH. Atualmente, os reajustes são calculados em relação ao valor global da AIH, mas, ainda assim, a periodicidade do reajuste (bem como o percentual) não é o mesmo para todas as AIHs, variando segundo o poder de pressão de cada grupo de prestadores privados. Portanto, como analisado em Ugá (1992, op.cit.), passaram a existir procedimentos lucrativos e outros deficitários e, portanto, pacientes lucrativos e outros que geram déficit, o qual leva a um movimento de segregação destes últimos. Ainda, afirmávamos que o sistema de pagamento prospectivo por procedimento transforma o produto sanitário (seja ele prestado por unidades públicas ou privadas) em uma mercadoria colocada no mercado de serviços de saúde. Ademais, em relação a este sistema em que o preço é pré-fixado e não é possível estocar produtos (...), na esfera da produção, o produto sanitário é o tratamento, que se transforma — na esfera da circulação- no paciente a ser (ou não) tratado.

- **Hospitais filantrópicos:** a situação varia segundo eles estejam ou não inseridos na **política de contratualização do MS:** os contratualizados são remunerados através de um sistema misto de alocação de recursos, que será apresentado abaixo; os não contratualizados recebem recursos do SUS através do método de pagamento por procedimento, mediante o sistema SIH-SUS e SIA-SUS.
- **A rede hospitalar privada com fins lucrativos contratada pelo SUS:** a rede privada de hospitais que atuam no SUS recebe recursos através do sistema de pagamento prospectivo por procedimento, operacionalizado através dos sistemas AIH e SIA-SUS.

Estas modalidades de contratualização e alocação de recursos implementadas pelo Ministério da Saúde, bem como outras desenvolvidas por secretarias estaduais e municipais de saúde são apresentadas a seguir.

4.2 | Modalidades de Alocação de Recursos Adotadas em Modelos de Contratualização

No Brasil, modalidades de alocação de recursos condicionada ao desempenho de hospitais e de unidades de atenção básica e/ou equipes profissionais têm sido experimentadas, por iniciativas do governo federal e de alguns governos estaduais e municipais, através do uso de modelos de contratualização.

Não há ainda um mapeamento destas experiências no país, entretanto possivelmente as experiências mais antigas, estruturadas e documentadas são a política de contratualização do Ministério da Saúde/MS destinada a determinados segmentos do parque hospitalar no país, os contratos de gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo/SES/SP e as Organizações Sociais de Saúde/OSS para gerenciar equipamentos de saúde da Secretaria, os Termos de Compromisso dos hospitais públicos, estatais e filantrópicos, do Programa Hospitalar/PROHOSP e das equipes de saúde da família na atenção básica, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais/ SES/MG, e os contratos de gestão ou Termos de Compromissos utilizados na atenção básica pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

4.2.1 | A política de contratualização do MS

A política de contratualização do MS, implementada a partir de 2004/2005, pela Coordenação-Geral da Atenção Hospitalar (CGAT) do Departamento

de Atenção Especializada (DAE) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), focaliza três grupos de hospitais: os hospitais de ensino/HE (neste caso em parceria com o Ministério da Educação/MEC), os hospitais filantrópicos/HF e os hospitais de pequeno porte/HPP. A contratualização integra as Políticas/Programas de Reestruturação desses hospitais e constitui-se no instrumento que pretende assegurar a implantação um conjunto de diretrizes e metas que visam à qualificação assistencial e gerencial, a uma maior inserção desses hospitais na rede de serviços -inclusive se necessário com ajuste no perfil assistencial- e, no caso dos hospitais de ensino, considera, ainda, um conjunto de ações no campo do ensino da graduação e pós-graduação, da educação permanente e formação de profissionais de saúde e também em pesquisa e avaliação tecnológica em saúde, tendo em vista as demandas do Sistema Único de Saúde/SUS.

O Programa de reestruturação dos hospitais de ensino no SUS

Foram constituídos dois Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, um envolvendo os hospitais das instituições federais de ensino superior (Brasil. Portaria Interministerial no 1006/MEC/MS, de 27/05/2004) e o outro abarcando os demais hospitais de ensino de natureza pública ou privada no SUS (Brasil. Portaria Interministerial no 1702/GM, de 17/08/2004).

Para ingressar no Programa há uma condição obrigatória que antecede a contratualização: a certificação. Somente após os hospitais serem certificados como de ensino, por uma comissão interinstitucional constituída exclusivamente para tal finalidade, eles podem ingressar no Programa por solicitação do secretário municipal ou estadual de saúde, na dependência de ser gestor pleno da rede de atenção. A certificação, solicitada pelo dirigente do HE junto ao MS e MEC, estabelece 17 critérios claros e precisos, até então inexistentes, nos campos da assistência, gestão, ensino e pesquisa para o hospital ser considerado de ensino[12].

---

12 A Portaria Interministerial no 2400/MEC/MS, de 02/10/2007, estabelece no seu Art. 7o a obrigatoriedade dos seguintes requisitos para que as unidades hospitalares sejam certificadas como Hospitais de Ensino: **I** — abrigar, formalmente e em caráter permanente e contínuo, todos os alunos de, pelo menos, um curso de medicina, em atividades curriculares de, no mínimo, uma área integral do internato, além de atividades curriculares dos alunos de pelo menos dois outros cursos de graduação na área da saúde, e as unidades hospitalares especializadas que não dispuserem de internato deverão abrigar curso de pós-graduação stricto sensu devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); **II** — abrigar, em caráter permanente e contínuo, programas de Residência Médica regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), observando: a) no caso de hospitais gerais oferecer o número mínimo de vagas definido no Anexo III a esta Portaria para entrada de novos residentes em, pelo menos, duas áreas básicas de formação (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria); b) que hospitais especializados devem oferecer a mesma proporcionalidade de vagas para entrada anual na sua área de atuação; **III** — garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os residentes, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica; **IV** — dispor de projeto institucional próprio ou da IES à qual o hospital for vinculado para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias; **V** — dispor de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa desenvolvidas

A certificação deve ser renovada periodicamente. Atualmente somente são considerados hospitais de ensino aqueles certificados segundo os critérios do MS e do MEC (Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial no 1006/MEC/MS, de 27/05/2004; Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1702/GM de 17/08/2004; Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Brasil. Portaria Interministerial no 2400/MEC/MS, de 02/10/2007).

A contratualização é solicitada pelo gestor municipal ou estadual junto ao MS e estabelecida entre a Secretaria de Saúde municipal e/ou estadual e o hospital de ensino, que pode ser vinculado a uma universidade federal ou estadual ou ainda, ser um hospital filantrópico, no campo de atuação de alguma universidade pública ou privada. É formalizada através de convênio/contrato onde são estabelecidas, de forma negociada e pactuada, os compromissos e obrigações das partes em contrato, as atividades a serem desenvolvidas pelo hospital, expressas em um Plano Operativo Anual (POA), os mecanismos, critérios e instâncias de monitoramento e avaliação, os recursos envolvidos e critérios de repasse, incluindo ainda outras exigências.

Os convênios/contratos têm duração máxima de cinco anos, com renovação anual do POA e orçamento, os quais podem ser revistos a qualquer momento através de Termo Aditivo, desde que acordado entre as partes.

---

no âmbito do hospital; **VI** — dispor de instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica; **VII** — dispor ou ter acesso à biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo, e para consulta a Bibliotecas Virtuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica; **VIII** — ter constituídas, em permanente funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a instituições hospitalares: a) Comissão de Documentação Médica e Estatística; b) Comissão de Ética; c) Comissão de Ética em Pesquisa, própria ou da IES à qual o hospital for vinculado; d) Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade); e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; f) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; g) Comissão de Óbitos; h) Comissão de Revisão de Prontuários; i) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos (para hospitais que possuam Unidades de Tratamento Intensivo); j) Comitê Transfusional; k)Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional; **IX** — desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e padronização de medicamentos; **X** — dispor de programa de capacitação profissional por iniciativa própria ou por meio de convênio com instituição de ensino superior; **XI** — participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades locorregionais; **XII** — dedicar um mínimo de 60% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao Sistema Único de Saúde: a) os hospitais públicos devem assumir o compromisso de ampliar gradualmente essa porcentagem, até atingir 100%, num prazo de dois anos, sendo asseguradas as condições de equilíbrio econômico-financeiro no convênio com o gestor local do SUS; b) todos os benefícios decorrentes das novas modalidades conveniadas/contratuais entre os hospitais de ensino e o SUS serão proporcionais ao número de leitos e procedimentos destinados ao SUS; **XIII** — regular e manter sob a regulação do gestor local do SUS os serviços conveniados ou contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS; **XIV** — estar formalmente inserido no Sistema de Urgência e Emergência locorregional, com definição de seu papel no Plano Estadual de Assistência a Urgência, conforme previsto na Portaria MS nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002; **XV** — ter ações compatíveis com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde; **XVI** — garantir mecanismos de participação e controle social no hospital, possibilitando representação docente, discente, de funcionários e de usuários; e **XVII** — comprovar sua inclusão em programa de qualificação da gestão que cumpra o disposto pelo Ministério da Saúde e as demais esferas do SUS.

O POA discrimina todos os serviços ofertados, a estrutura tecnológica e a capacidade instalada do hospital. Nele, constam as metas e indicadores de produção (internações, consultas ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento); de inserção na rede; de qualificação da assistência; de aperfeiçoamento da gestão; de atuação no ensino, na formação e na educação permanente dos profissionais do hospital e da rede; e de desenvolvimento de pesquisa e de avaliação tecnológica em saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE e MINISTÉRIO da EDUCAÇÃO, 2004; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O POA e o convênio/contrato devem ser monitorados e avaliados, ao menos uma vez ao mês, por uma Comissão de Acompanhamento de Convênios/Contratos, constituída e coordenada pela Secretaria de Saúde, com representação do hospital, da comunidade acadêmica e dos usuários (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE e MINISTÉRIO da EDUCAÇÃO, 2004; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Importante inovação introduzida pelo Programa são os incentivos para que os hospitais desejem nele ingressar. Primeiramente, ao ingressar o hospital recebe um recurso extraorçamentário denominado de incentivo à contratualização (IAC). Além disso, o hospital passa a ter uma *"orçamentação mista do custeio"*, composto por um valor global, fixo, negociado entre secretaria e hospital, conhecido antecipadamente, relativo aos procedimentos de média complexidade, e por um valor variável, referente aos procedimentos de alta complexidade e estratégicos, repassado retrospectivamente segundo o número de procedimentos realizados. O valor global pré-definido é subdividido em um componente fixo e outro variável diretamente vinculado ao alcance de metas e indicadores de atenção, gestão, ensino e pesquisa. Trata-se, portanto, de um sistema que articula o orçamento global ajustado por desempenho e o pagamento prospectivo por procedimentos (no caso, os de alta complexidade).

O Programa preconiza que os componentes fixo e variável do valor global correspondam a respectivamente, 85% e 15%. O repasse da parte fixa deve ser realizado através de transferências mensais, de forma automática e independente de qualquer avaliação prévia e o da parte variável condicionado à avaliação da Comissão de Acompanhamento, baseada em trinta indicadores, cada um com parâmetro estabelecido e pontuação definida, totalizando 32 pontos. Os indicadores referem-se principalmente às ações no campo assistencial e de ensino. É desejado que o componente variável repassado segundo o desempenho alcance gradativamente até 50% dos recursos do valor global. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A fim de subsidiar secretarias e hospitais, o MS elaborou uma minuta de convênio/contrato e de POA que serve de referência para o estabelecimento da contratualização e para a elaboração do POA.

Há diferentes situações no país. Existem Secretarias que condicionam o repasse do componente fixo ao cumprimento de metas físicas de produção, há outras que repassam o componente variável sem efetivamente condicioná-lo ao desempenho. Há convênios/contratos nos quais o componente variável corresponde a 10% enquanto que em outros, a 25% do valor global do contrato. Há também situações diversas em relação às metas que constam nos POA. Há hospitais com metas no campo da inserção na rede, da assistência, da gestão, de ensino e de pesquisa e há outros em que não há metas para o ensino e pesquisa. Há, ainda, hospitais que estabelecem contratos internos com os serviços/equipes, a partir de um plano de atividades com metas e indicadores vinculados ao POA do hospital, os quais uma vez alcançados, as equipes recebem incentivos financeiros (LIMA, 2009).

Segundo dados da SAS/MS atualizados em 14/09/2010 havia 167 hospitais de ensino certificados e 134 hospitais de ensino contratualizados.

O Programa de reestruturação dos hospitais de filantrópicos no SUS

Igualmente para os hospitais filantrópicos, no final de 2005, o MS cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS com diretrizes e metas semelhantes as dos HE, exceto as referentes ao ensino de graduação, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde.

Embora com regras bastante semelhantes as do HE, a contratualização dos HF tem algumas especificidades a seguir discriminadas.

Como nos hospitais de ensino, a contratualização é estabelecida entre a Secretaria de Saúde estadual ou municipal, gestora plena da rede de atenção e o hospital. A Secretaria de saúde decide se contratualiza ou não o hospital, mas o Programa preconiza que sejam priorizados os hospitais onde o gestor municipal e/ou estadual já aloque recursos próprios.

Antecede a contratualização, uma etapa de adesão na qual o hospital filantrópico e o gestor municipal e/ou estadual, com homologação da Comissão IntergestoresBipartite/CIB, manifestam o desejo de ingressar no Programa. Nesta etapa o hospital já recebe 40% do IAC. O hospital e Secretaria têm 120 dias após a adesão para concluir o convênio/contrato sob pena de suspensão de parte do incentivo do IAC (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Os 60% restantes são repassados ao hospital quando o convênio/contrato efetivamente é estabelecido entre hospital e secretaria e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite/CIB). Ambas as partes do IAC são repassadas em parcelas mensais para o hospital. Estes recursos devem ser ressarcidos ao MS no caso em que for constatado que as informações ou documentações fornecidas pelo hospital sejam inválidas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Os hospitais passam a ter um orçamento misto, composto por um valor global, fixo, negociado entre secretaria e hospital, conhecido antecipadamente, relativo aos procedimentos de média complexidade, e por um valor variável, referente aos procedimentos de alta complexidade e estratégicos, repassado através do método de pagamento prospectivo, segundo o número de procedimentos realizados.

O valor pré-definido é subdividido em um componente fixo e outro, variável. Aqui reside uma diferença em relação ao repasse de recursos dos HE. Ambos os componentes são repassados segundo o desempenho do HF, que é objeto de avaliação mensal da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Contratos/convênios, constituída pela Secretaria, com representantes do hospital e secretaria. O componente fixo é repassado conforme o cumprimento de metas físicas de produção, e o componente variável segundo o cumprimento de metas de qualidade de atenção e gestão. O hospital que não atingir ao menos 70% das metas físicas pactuadas por 3 (três) ou cinco (5) meses alternados, volta a receber por meio de faturamento dos procedimentos para o SUS por um período de dois (2) meses, quando então deve ser pactuado entre secretaria e hospital um novo POA. O hospital será desligado do Programa se não for pactuado um novo POA ou ainda se não cumprir 70% das metas físicas pactuadas no novo POA por três (3) meses consecutivos, voltando a receber por procedimento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O Programa preconiza que os componentes, fixo e variável, do valor global devam corresponder respectivamente a 90% e a 10% e é também recomendado que gradativamente o percentual do componente variável alcance 50% (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). No mais as regras são semelhantes as do HE (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo dados da SAS/MS atualizados em 15/10/2010 havia 633 hospitais filantrópicos contratualizados.

A política nacional dos hospitais de pequeno porte — HPP

Considerando a necessidade de buscar alternativas de inserção na rede de atenção do SUS e de financiamento para os hospitais com 5 a 30 leitos, ainda em 2004, o MS implementou uma Política para os HPP, estimulando a formação de rede microrregionais de serviços articuladas e resolutivas na qual os HPP cumpririam a função de assegurar a continuidade da atenção prestada pela atenção básica e equipes de saúde da família e a realização da média complexidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Note-se que, como observado em Barbosa et al, 2002, até então os hospitais filantrópicos de pequeno porte superpunham grande parte de sua produção à do Programa de Saúde da Família.

Nessa modalidade de contratualização, a Secretaria estadual ou municipal de saúde, gestora plena da rede, encaminha ao MS, após apreciação e aprovação pelo Conselho de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o Termo de Adesão à Política Nacional dos HPP com um plano de trabalho que discrimina metas e ações a serem implementadas pelos hospitais. A alocação dos recursos de custeio nos HPP passa a ser realizada através de um orçamento global cujo repasse é condicionado à execução do plano de trabalho, sendo ambos discriminados em um Contrato de Metas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O acompanhamento e a avaliação do desempenho dos HPP são realizados por um Conselho Gestor ou por uma Comissão de Acompanhamento constituídos no âmbito do Conselho de Saúde que analisa o cumprimento das metas e indicadores do plano de trabalho contidos no Contrato de Metas para repassar os recursos financeiros para o hospital. O não cumprimento das diretrizes da Política Nacional dos HPP e das obrigações contidas no Contrato de Metas implicará na suspensão dos recursos pactuados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo dados da SAS/MS, de 14/09/2010 havia 2.568 hospitais de pequeno porte que aderiram à Política e, destes, apenas 506 contratualizados.

4.2.2 | Os contratos de gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e as organizações sociais de saúde

O Governo do Estado de São Paulo através de Lei complementar nº 846, de 04/06/1998 habilitou entidades públicas de direito privado, não estatais, com finalidade social, sem fins lucrativos e com autonomia administrativa e financeira, as Organizações Sociais de Saúde/OSS para gerenciar equipamentos de saúde da Secretaria Estadual de Saúde, com a obrigatoriedade de atenderem exclusivamente ao SUS.

Inicialmente habilitadas para gerenciar 15 hospitais, atualmente as OSS gerenciam 34 hospitais, 38 ambulatórios, 1 centro de referência, 2 farmácias e 3 laboratórios de análises clínicas (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

As OSS são reguladas pela SES através de contratos de gestão renovados a cada ano, nos quais há um plano de atividades, um valor de recursos para executá-lo, critérios de repasses destes recursos, mecanismos e instâncias de avaliação, dentre outras condições.

Os contratos de gestão são monitorados e avaliados trimestralmente por uma comissão de acompanhamento especificamente constituída pela SES para tal finalidade. Na avaliação são definidos os percentuais de repasse, as necessidades de aditivos contratuais ou de redução de metas, podendo inclusive, se necessário indicar a desqualificação da OSS. Além disso, as OSS estão sujeitas a auditorias da SES e do Conselho Estadual de Saúde e ao controle do Tribunal de Contas (SANO e ABRUCIO, 2008).

O valor total dos recursos do contrato de gestão pactuados para realização das atividades é repassado da seguinte forma: 90% em 12 parcelas mensais vinculadas ao cumprimento de ao menos 85% das metas físicas de produção (percentuais menores implicam em redução nos pagamentos subsequentes) e 10% em quatro parcelas trimestrais condicionada ao alcance de indicadores de qualidade. Há também duas avaliações semestrais que de acordo com as metas atingidas podem alterar o valor total previsto em contrato (SANO e ABRUCIO, 2008).

Os contratos de gestão ao longo de 12 anos de experiência foram sendo aperfeiçoados. Nos primeiros contratos, o grau de exigência e de abrangência das metas era menor. As metas físicas de produção não eram especificadas por serviços e especialidades e sim consideradas em grandes blocos — ambulatório, pronto socorro e internação e as metas de qualidade se restringiam a taxa de infecção, taxa de cesárea, taxa de letalidade e indicador de satisfação da clientela. Atualmente, as metas são mais abrangentes e mais exigentes no campo da qualificação da gestão e da qualificação, do acesso da população, além das metas físicas de produção.

4.2.3 | Os termos de compromisso dos hospitais do programa hospitalar — PROHOSP — e das equipes de saúde da família na atenção básica, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais — SES/MG

A SES /MG através de Resolução interna instituiu em 2003 o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais/PROHOSP, introduzindo importante e talvez pioneira mudança na lógica de relação, que passou de convenial para a contratual, entre Estado e hospitais públicos e privados sem fins lucrativos prestadores de serviços ao SUS (MINAS GERAIS, 2003).

O PROHOSP consolidou a regionalização de saúde materializando através do contrato, o planejamento regional saúde. São critérios para ingresso no Programa ser hospital público ou filantrópico com mais de 100 leitos desempenhando as funções de hospitais-polo macro ou microrregionais e atender ao SUS (MINAS GERAIS, 2003).

Os hospitais selecionados têm aporte diferenciado e adicional de recursos do tesouro do Estado, especificamente do PROHOSP, mediante a assinatura de Termo de Compromisso com a SES, com a interveniência da Secretaria Municipal de Saúde/SMS do município, sede da macrorregião de saúde. No referido Termo são definidos indicadores e metas no campo da atenção e da gestão, além de estabelecida a aplicação dos recursos: 40% destinam-se à melhoria da qualidade da atenção, à manutenção e ampliação da capacidade instalada (física e equipamento); 10% à melhoria da gestão hospitalar; e 50% são livres de vinculação (MINAS GERAIS, 2003).

Os gestores municipais e a direção do hospital elaboram de forma pactuada um Plano de Ajustes e Metas estabelecendo metas assistenciais, qualitativas e quantitativas, além de metas gerenciais, indicadores para mensuração dos resultados,

recursos financeiros necessários à sua execução, obedecendo aos percentuais de destinação de recursos já mencionados. São exemplos de metas: a adesão à política de humanização da assistência hospitalar, o desenvolvimento e implantação de protocolos clínicos, a realização de procedimentos de média e alta complexidade insuficientes na Região de Saúde, a implantação de uma gestão profissional, de sistema de custos, de controle interno e de controle de estoques, a adesão ao banco de preço, a participação em processo de capacitação gerencial ofertado pela SES, a elaboração de um Plano Diretor, etc (MINAS GERAIS, 2003).

A SES designa uma Comissão de Avaliação dos Planos de Ajustes e Metas para acompanhamento da execução e avaliação dos indicadores e metas pactuados e os recursos são repassados segundo o seu alcance (MINAS GERAIS, 2003).

Igualmente para a atenção básica, a SES/MG cria o Projeto Estruturador da Saúde em Casa, visando a qualificar a Atenção Primária à Saúde/APS desenvolvida nos municípios através das Equipes de Saúde da Família/PSF e das Unidades Básicas de Saúde/ UBS. Há uma pactuação, formalizada através de Termo de Compromisso/ TC, entre a SES e os municípios que aderirem ao projeto, estabelecendo metas e indicadores de desempenho, responsabilidades, condições para execução, concessão de incentivos, e critérios de fiscalização e de monitoramento e avaliação do desempenho do município. O desempenho dos municípios é avaliado pelas Gerências Regionais de Saúde da SES e por uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação instituída pelo CIB microrregional. O TC tem validade máxima de cinco anos, mas anualmente podem ser revistas as metas e indicadores mediante Termo Aditivo (MINAS GERAIS, 2009).

Há um sistema de incentivos previsto para os municípios e para as equipes de APS. No Termo de Compromisso fica estabelecido que a Secretaria Municipal de Saúde receba um bônus de desempenho (recursos financeiros adicionais) se: cumprir as metas e indicadores da APS; estabelecer Contrato de Gestão por Resultados com as equipes de atenção primária tendo em vista as metas e indicadores do TC pactuados com a SES; estabelecer uma comissão de acompanhamento e avaliação para monitorar o desempenho do TC do município (MINAS GERAIS, 2009).

Este bônus pode ser repassado para as equipes de atenção primária à saúde na forma de um incentivo financeiro mensal condicionado ao alcance de metas e indicadores do Contrato de Gestão por Resultados estabelecido entre as equipes de APS e a SMS (MINAS GERAIS, 2009).

4.2.4 | Os contratos de gestão ou termos de compromissos na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

A SMS de Curitiba estabelece contratos internos, denominados Termo de Compromisso/TERCOM, desde 2003, entre o nível central da Secretaria, os Distritos

Sanitários e as Unidades Básicas de Saúde, renováveis a cada ano, tendo como referência o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde, além de outros documentos de planejamento (MARTY, 2010).

Acoplado aos mecanismos de monitoramento e avaliação estabelecidos, há um sistema de incentivos aos trabalhadores, denominado de Incentivo de Desenvolvimento de Qualidade (IDQ), que se constitui em remuneração adicional e vinculada ao desempenho profissional com vistas à melhoria da atenção prestada aos usuários (MARTY, 2010). O IDQ pode representar de 20 a 40% do salário do profissional.

O TERCOM tem um Plano Operativo Anual /POA onde constam metas e indicadores a serem alcançados pelas Unidades Básicas de Saúde. As metas são pactuadas considerando as possibilidades locais de infraestrutura, recursos humanos assim como a série histórica de produção. O monitoramento do POA é realizado a cada três meses. O pagamento do IDC é realizado mensalmente considerando, além da avaliação do POA, a avaliação da comunidade, da Chefia da UBS e de uma autoavaliação (MARTY, 2010).

4.3 | Apreciação Geral dos Novos Sistemas de Alocação de Recursos Adotados em Modelos de Contratualização no Brasil

Todas as experiências brasileiras apresentadas de alocação de recursos com base no desempenho têm em comum a utilização de algum tipo de arranjo contratual, denominado de diferentes formas em cada uma delas, mas que em síntese se expressa em um instrumento formal assinado entre duas partes, o contratante e o contratado, que, em negociação, estabelecem compromissos e responsabilidades em relação à prestação de serviços de saúde. Pode-se observar que o tripé de sustentação do arranjo contratual é constituído por três elementos: (1) um plano de atividades com recursos financeiros definidos para sua execução; (2) um sistema de monitoramento e avaliação das metas e indicadores relacionados às atividades contidas no referido plano; e (3) um sistema de incentivos que vincula o repasse de recursos financeiros ao alcance das referidas metas e indicadores.

Nas experiências em curso no país, de forma mais ou menos consolidada e estruturada, na dependência do desenvolvimento organizacional dos contratantes e contratados, as partes em contrato, de forma pactuada, constroem o referido tripé.

O contratante, nos casos apresentados, é sempre um ente estatal pertencente à administração pública direta estadual ou municipal (Secretaria de Saúde estadual ou municipal) e o contratado (prestador hospitalar ou de atenção básica) pode ser um ente estatal, da mesma esfera de governo ou não, ou ainda um ente privado sem fins lucrativos.

Os incentivos financeiros, nestas experiências, podem ser exclusivamente vinculados ao desempenho da unidade hospitalar ou de atenção básica ou podem adicionalmente serem condicionados ao desempenho da equipe profissional. É importante ressaltar que todas as experiências mantêm outras modalidades de alocação de recursos (em geral, o orçamento global) aos prestadores que representam a maior parte dos recursos de manutenção /custeio dos mesmos.

Não há, ainda, uma avaliação do impacto das experiências apresentadas sobre a efetiva melhoria do desempenho dos hospitais e da atenção básica, no que se refere à política de contratualização do MS, no âmbito nacional. Entretanto, em estudo realizado em quatro secretarias contratantes e hospitais de ensino contratados observou-se que, na percepção dos entrevistados, houve um aumento de produção de procedimentos de média complexidade e, em alguns casos, dos de alta complexidade, assim como uma maior inserção desses hospitais na rede de serviços, porém não foi observada melhoria na qualidade da atenção (LIMA, 2009).

Quanto à experiência das OSS da SES com os hospitais, há estudos que evidenciam resultados positivos no que se refere à eficácia e eficiência dos gastos e à gestão de recursos humanos especialmente quando comparados com os hospitais estatais paulistas (SANO & ABRUCIO, 2008).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade do cuidado à saúde é, sem dúvida, um dos principais desafios do SUS aos seus vinte anos de existência. Para a consecução desse objetivo, é imprescindível a estruturação e condução de uma rede integrada de serviços, o que implica em repensar o modelo de municipalização à outrance levado a cabo no SUS até hoje e requer o fortalecimento da esfera estadual, a quem compete o desenho e a estruturação de regiões sanitárias com redes intermunicipais integradas de serviços.

Por sua vez, a capacidade de condução do sistema estadual de saúde, regionalizado, a partir de redes integradas de serviços requer, de um lado, fortalecer a capacidade técnica e política[13] dos gestores do SUS e, por outro, adotar instrumentos de condução e regulação dos prestadores de serviços de saúde, dentre os quais figuram:

- modelos de contratualização entre o gestor público e prestadores de serviços de saúde;

13 Referimo-nos ao fortalecimento de: (i) a capacidade técnica dos gestores estaduais para conceber e estruturar uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde (que compreenda todos os níveis e tipos de atenção) e, portanto, identificar o papel e as metas que cada prestador deve cumprir nessa rede e (ii) a capacidade política do gestor estadual e dos gestores municipais para negociar e pactuar a constituição de uma rede de serviços que possibilite a integralidade do cuidado em saúde e que supere as fronteiras municipais.

- **um sistema de alocação de recursos aos prestadores de serviços que supere o mero pagamento por serviços previamente prestados** (através dos sistemas SIH e SIA-SUS) ou o orçamento global sem nenhum ajuste ou condicionalidade a melhoria nos processos de atenção e resultados sobre a saúde da população.

É nesse contexto que se insere a temática dos sistemas de alocação de recursos aos prestadores de serviços de saúde.

Em linhas gerais, pode-se afirmar que:

- é necessário pensar em sistemas de **alocação de recursos que induzam e/ou fortaleçam a construção e implantação de linhas de cuidado integral**;
- nesse sentido, sugerem-se sistemas diferenciados, por nível de atenção: (i) aos prestadores da **atenção primária**, que deveriam se responsabilizar por essas linhas de cuidado integral, corresponderia uma alocação de recursos **per capita** ajustada pelo risco da população a eles adscrita; (ii) os **hospitais**, por sua vez, receberiam recursos através de orçamento global correspondente ao volume da produção programada para o período, levando em conta o seu perfil (*case-mix*);
- tanto no caso da atenção primária como no da atenção hospitalar, **a alocação de recursos correspondente deve ser condicionada ou ajustada a uma avaliação de desempenho** que contemple tanto aspectos relacionados **processos** (eficiência e qualidade) como, principalmente, os **resultados** sobre a saúde da população (a efetividade das ações dos serviços de saúde);
- o desempenho deve ser mensurado através de **indicadores** que, portanto, pertençam a várias dimensões (qualidade/adequação do cuidado, eficiência da produção de serviços, efetividade das ações dos prestadores) e cujo benchmark se altere com o passar do tempo. Os próprios indicadores devem ser revistos e, portanto, podem variar ao longo dos anos, em função de prioridades estabelecidas pelos gestores do sistema regional ou microrregional;
- o processo de estabelecimento desses indicadores de desempenho e de seus padrões deve **envolver os prestadores**,

tendo em vista a definição de padrões factíveis como o compromisso dos prestadores com o alcance das metas da política sanitária e seus respectivos indicadores.

Deve-se destacar que esta proposta geral só é implementável no contexto de um sistema regionalizado que, por um lado, se responsabilize pela população adscrita em seu território e, por outro, integre os diversos prestadores de serviços de saúde (de distintos níveis da atenção). Neste modelo, os núcleos de atenção primária têm um papel central no sistema de saúde, responsabilizando-se pela atenção integral da população adscrita através de linhas de cuidado definidas a partir do perfil epidemiológico dessa população.

Por outro lado, não se pode atribuir ao sistema de alocação de recursos aos prestadores o poder de mudar drasticamente os resultados na saúde da população. São necessárias, também, ações intersetoriais que envolvam os poderes públicos que atuam sobre os determinantes sociais da saúde (educação, renda, saneamento, dentre outros).

6 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, P.B. Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, n.9, 2010.

BARBOSA P.R et al. **Hospitais Filantrópicos no Brasil.** Rio de Janeiro: BNDES, vol 1, 2002.

BMJ. **BMJ ClinicalEvidenceHandbook**. London: BMJ Publishing, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial no 1006/MEC/MS, de 27/05/2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 1702/GM de 17/08/2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial no 2400/MEC/MS, de 02/10/2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 1703 de 17/08/2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 2532de 26/10/2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 1044 de 01/06/2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 1.721 de 21/09/2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS n_o. 635 de 10/11/2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº. 3.123 de 07/12/2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 1.044 de 01/06/2004.

CAMPBELL, S.M; et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. **New England Journal of Medicine**, n. 361, v.4, 2009.

CARTER, G.M; NEWHOUSE, J.P. &RELLES, A. How much change in the Case Mix Index is DRG Creep? **Journalof Health Economics**, v. 9, 1990.

CHIYOSI, F. & MOURA, A. **O Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) — Sistema AIH**. Rio de Janeiro, mimeo, s/d.

CHRISTIANSON, J; LEATHERMAN, S. & SUTHERLAND, K. **Financial incentives, healthcare providers and quality improvements**. A review of evidence. London: The Health Foundation, 2007.

CHULIS, G. Assessing Prospective Payment. **Medical Care Review**, n. 48, v.2, Summer, 1991.

CYLUS, J. & IRWIN, R. The challenges of hospital payment systems. **Euro Observer**, v. 12, n.3, Autumn 2010.

DOCTEUR, E. **More value for money:** improving efficiency in OECD health systems. Berlin: OECD, 2004.

Escoval, A; Coelho, A; Diniz, J; Rodrigues, M; Moreira, F. & Espiga, P. Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em Saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, n.9, 2010.

FEINGLASS, J. & HOLLOWAY, M.D. The initial impact of the Medicare Prospective Payment System on U.S. health care: a review of literature. **Medical Care Review**, n. 48, v.1, Spring, 1991.

GAY, E.G; KRONENFELD, J; BAKER, S &AMIDON, R. An appraisal of organizational response to fiscally constraining regulation: the case of hospitals and DRGs. **Journal of Health and Social Behaviour**, v. 30, 1989.

GIUFFRIDA, A et al. **Target payments in primary care:** effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Rewiew). Oxford: The Cochrane Library, Issue 3.: 2000.

GOVERNO DE MINAS GERAIS. Resolução SES no 0082, de 16/05/2003.

GROSSBART, S. What's the Return? Assessing the Effect of ''Pay-for-Performance" Initiatives on the Quality of Care Delivery. **Medical Care Research and Review**, v. 63, n. 1, 2006.

GUTERMAN, S. & DOBSON, A. Impact of the Medicare Prospective Payment System for Hospitals. **Health Care Financing Review**, n. 7, v.6, Spring, 1986.

HORNBROOK, M.C. & BERKI, S. Practice Mode and Payment Method: effects on use, costs, quality and access. **Medical Care**, n.23, v.5, May 1985.

INSTITUTE OF MEDICINE/IOM. Committee on Quality of Health Care in America. **Aligning Payment Policies with Quality Improvement in Crossing the Quality Chasm**: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington, D.C., 2001. Cap 8 p 181-206.

KAZANDJIAN, V. Pay-for-performance in health care: the natural evolution of performance measurement and community expectations. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, n.9, 2010.

LIMA SML. **Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais:** o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

MARTY, IK. Primeiras experiências de contratos de gestão em Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde. In **Gestão para resultados em Curitiba** — A experiência de contratualização, cap IV, 2010.

MAYNARD, A. **Payment for Performance (P4P):** International experience and a cautionary proposal for Estonia. Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems, World Health Organization, 200.8

ORTÚN, V. (org.) **El Buen Gobierno Sanitario.** Economía y Gestión Sanitaria. Madrid: Springer Healthcare Communications, 2009.

ORTÚN, V. De la evaluación a la Gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad. **Ekonomiaz**, N. 60, V. 1, Tercer Cuatrimestre, 2005.

PEIRÓ, S. Comentario. **Gestión Clínica y Sanitaria**, v. 11, n.2, Verano de 2009.

SANO,Hironobu; ABRUCIO, F. L. Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **RAE. Revista de Administração de Empresas**, v. 48, p. 64-80, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acessadoem 22/06/2010

SCHREYOGG, J. STARGARDT, T; TIEMANN, O. & BUSSE, R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison on nine European countries. **Health Caare Management Science**, n. 9, 2006.

TANENBAUM, S. Pay for Performance in Medicare: Evidentiary Irony and the Politics of Value. **Journal of Health Politics, Policy and Law** v. 34, n.5, 2009.

UGÁ, M.A.D. Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira. In: **O financiamento da saúde no Brasil.** Série Economia e Financiamento No. 4. Organização Pan-Americana da Saúde, Representação do Brasil. Brasília: 1994.

UGÁ, M.A.D. **As propostas de reforma dos sistemas de saúde no contexto do ajuste macroeconômico**. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 1997.

UGÁ, M.A.D. O Sistema de Pagamento Prospectivo por Procedimento: a Experiência Norte-Americana. **Cadernos FUNDAP**, v. 38, n. 19. São Paulo: FUNDAP, 1996.

UGÁ, M.A.D. **Sistemas de repasses financeiros a hospitais:** o método de pagamento prospectivo e sua implementação através do sistemas SIA e SIH/SUS. Dissertação de Mestrado, Instituto de Economia da UFRJ, Rio de Janeiro, 1992.

WENNBERG, J.E. & GITTELSOHN, A. Variations in medical care among small areas. **Science**, 246, v.4, 1973.